



ESCUELA DE ENFERMERÍA

PLAN DE EGRESO DEL PACIENTE EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.
CUMPLIMIENTO EN PACIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
PABLO ARTURO SUÁREZ.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Licenciada en Enfermería

Profesor Guía
Lic. Cecilia Freire

Autora
Sara Gutiérrez Suárez

Año
2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Mgs. Cecilia Freire

CI. 1703631109

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Sara Verónica Gutiérrez Suárez

CI. 091609891-6

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia; Por el apoyo incondicional en toda esta etapa de estudio. A aquellas personas que me han ayudado durante toda mi estancia en Quito; Sin ellos no podría haber iniciado, ni culminado mis estudios. A todos quienes me presionaron para culminar mis estudios y esta tesis.

DEDICATORIA

A mis seis abuelos; Alcides, Menina,
Armando, Ney, Pino, Pina.

RESUMEN

Así como este trabajo es un estudio de cómo se realiza la educación tanto al paciente como a su familia en el momento del alta médica, también se quiere ahondar en el nivel de conocimientos que ellos tienen sobre los diferentes cuidados médicos y de no realizarlos cual es el motivo que se tiene.

Esta investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal, el instrumento utilizado es la encuesta dirigida a los pacientes del área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez.

Como resultados se obtuvo que:

- El personal de enfermería no da educación a los enfermos de las instrucciones emitidas por el personal médico,
- Los pacientes y/o familiares no entienden los cuidados recibidos.
- 86% de los encuestados afirma no haber cumplido con las últimas indicaciones médicas por no haberlas entendido.
- 50% han tenido reingresos hospitalarios por no haber cumplido con estas instrucciones.

ABSTRACT

As this work is a study of the education provided to the patient and family at time of discharge (corrige esto del mail), it also intends to deepen their level of knowledge on the different care measures and the reasons if not taken.

This is a descriptive, quantitative, prospective and transversal study. The research instrument is a survey of Internal Medicine patients in the Hospital Pablo Arturo Suárez.

As result we conclude that:

- The nursing staff does not give proper education on the medical staff instructions to the patient.
- The patient and family do not understand the treatment received.
- 86% of respondents claim not to have followed medical instructions because they did not comprehend them.
- 50% of respondents have had hospital readmissions because they did not fulfill medical instructions.

INTRODUCCIÓN

En enfermería se utilizan diversas herramientas para facilitar la prestación de servicios, la organización de tareas y la educación dentro del nivel hospitalario, dentro de los instrumentos más importantes constan los llamados “Formularios de Enfermería.”

En el alta médica como voluntaria, se requiere un formulario “Plan de Egreso” o “Plan de Alta”, que corresponde empezar a realizarse desde la admisión del paciente a una casa sanitaria, para así robustecer su autoconfianza y autocuidado a partir de la estimulación, para continuar con las medidas terapéuticas necesarias y así alcanzar el mejor estado de salud posible, controlar el padecimiento y vivir con dignidad y calidad.

Con la educación sanitaria por parte del personal de enfermería, ofrecida al momento del egreso del paciente, se espera alcanzar: continuidad de los cuidados en el hogar, estímulo del auto-cuidado dentro de las capacidades funcionales de la persona, bienestar (físico, psicológico y social), evitar o disminuir reingresos por complicaciones secundarias, así como también errores en la administración de la medicación.

Para guiar a familiares o responsables del paciente, se debe brindar información anticipada a estos sobre la posible fecha de egreso del paciente, con la finalidad de que en el hogar estén preparados los recursos necesarios, según las necesidades y condiciones de la persona enferma.

El Plan de Egreso, debe constar con parámetros, como: técnicas terapéuticas, fármacos (utilidad, dosis, interacción, efectos secundarios, horario), dieta (adaptación, complementación, sustitución o eliminación de alimentos), terapias

(ocupacional, de lenguaje, psicoterapias, etc.), cuidados especiales (estomas, ostomías, heridas, sondas, prótesis), asistencia subsecuente o próximas citas médicas (ofreciendo previa orientación sobre la importancia que esta tiene para la continuidad de su atención).

Es de mucha importancia realizar esta investigación, puesto que en todo el tiempo que se ha realizado prácticas y/o pasantías, alrededor de toda la carrera universitaria, se ha podido observar un déficit en la educación a los pacientes, tanto por la parte médica como de enfermería, por lo que, los pacientes y familiares quedan con dudas e inquietudes sobre los cuidados y tratamientos que deben continuar al retornar a sus hogares.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA.....	2
1.3. PALABRAS CLAVES	2
1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES	3
1.5. OBJETIVOS.....	3
1.5.1. Objetivo general	3
1.5.2. Objetivos específicos.....	3
1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	4
1.7. HIPÓTESIS.....	4
1.8. VARIABLES	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL	6
1. TEORIAS DE ENFERMERÍA	6
1.1. TEORÍA DE LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	7
1.1.1. Principales conceptos.....	8
1.1.1.1. Enfermería.....	8
1.1.1.2. Salud	8
1.1.1.3. Entorno.....	9
1.1.1.4. Persona	9
1.1.2. Supuestos principales	11
1.1.3. Afirmaciones teóricas de Henderson.....	11
1.1.3.1. Relación enfermera – médico:.....	11
1.1.3.2. Relación enfermera – paciente:.....	12

1.2. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.....	12
1.2.1. Fuentes teóricas.....	13
1.2.2. Afirmaciones teóricas.....	13
1.2.2.1. Teoría del autocuidado.....	14
1.2.2.2. Teoría del déficit de autocuidado.....	14
1.2.2.3. Teoría de los sistemas de enfermería.....	14
1.2.3. Requisitos de autocuidado universales.....	16
2. EL PACIENTE EN EL HOGAR.....	16
2.1. AMBIENTE EN EL HOGAR.....	17
2.2. CUIDADOS CON SEGURIDAD EN EL HOGAR.....	19
2.2.1. Movilidad de las personas.....	19
2.2.2. Medicación.....	20
2.2.2.1. Automedicación.....	20
2.2.2.2. Polifarmacia.....	21
3. ENFERMEDADES EN LA ESPECIALIDAD DE	
MEDICINA INTERNA.....	22
3.1. DIABETES MELLITUS II.....	22
3.1.1. Fisiopatología.....	23
3.1.2. Tipos.....	24
3.1.3. Signos y síntomas.....	24
3.1.4. Pruebas Diagnósticas.....	25
3.1.5. Tratamientos Interdisciplinarios.....	26
3.1.5.1. Medidas generales.....	26
3.1.5.2. Educación Diabetológica.....	27
3.1.5.3. Recomendaciones Nutricionales.....	27
3.1.5.4. Ejercicio.....	28
3.1.5.5. Hipoglucemiantes orales (HO) / (ADO: antidiabéticos orales).....	29
3.1.5.6. Insulina.....	29
3.1.6. Complicaciones.....	31

3.1.6.1. Complicaciones crónicas.....	31
3.1.6.1.1.Neuropatía	31
3.1.6.1.2.Angiopatía	31
3.1.6.2. Complicaciones agudas	32
3.1.6.2.1.Hipoglucemia	32
3.1.6.2.2.Cetoacidosis.....	34
3.1.6.2.3.Coma hiperosmolar	35
3.1.7. Educación al paciente/familia y planificación del alta	35
3.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	39
3.2.1. Fisiopatología de la hipertensión	39
3.2.2. Hipertensión arterial primaria	41
3.2.3. Hipertensión arterial secundaria.....	41
3.2.4. Hipertensión inducida por fármacos y drogas	42
3.2.4.1. Anticonceptivos hormonales.....	42
3.2.4.2. Sustancias con actividad adrenérgica	42
3.2.5.1. Clínica de la HTA esencial no complicada	43
3.2.5.2. Clínica de la hipertensión arterial complicada	43
3.2.6. Pruebas diagnósticas	44
3.2.7. Objetivos de la evaluación clínica.....	44
3.2.8. Factores de riesgo.....	45
3.2.8.1. Factores de riesgo no modificables	45
3.2.8.1.1.Antecedentes familiares de hipertensión	45
3.2.8.1.2.Edad.....	46
3.2.8.1.3.Raza y etnia	46
3.2.8.1.4.Diabetes mellitus	46
3.2.8.2. Factores de riesgo modificables.....	47
3.2.8.2.1.Reducción de peso	47
3.2.8.2.2.Consumo de sal	47
3.2.8.2.3.Cafeína.....	48
3.2.8.2.4.Ingesta de potasio, magnesio y calcio	48
3.2.8.2.5.Consumo de alcohol	48
3.2.8.2.7.Tabaquismo	49

3.2.9. Modificaciones de estilo de vida para la hipertensión.....	49
3.2.10. Educación al paciente/familia y planificación del alta	49
3.3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	51
3.3.1. Etiología	52
3.3.2. Fisiopatología	52
3.3.3. Educación al paciente / familia y planificación del alta	53
3.4. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU)	54
3.4.1. Clasificación de las infecciones de las vías urinarias	55
3.4.1.1. IVU bajas.....	56
3.4.1.2. IVU altas.....	56
3.4.1.3. IVU bajas o altas no complicadas	56
3.4.1.4. IVU bajas o altas complicadas	56
3.4.2. Fisiopatología	56
Factores predisponentes para infecciones de las vías urinarias	57
3.4.3. Invasión bacteriana de las vías urinarias.....	58
3.4.4. Reflujo	59
3.4.5. Bacterias uropatógenas.....	59
3.4.6. Educación al paciente	59
3.4.6.1. Higiene	59
3.4.6.2. Ingesta de líquidos	60
3.4.6.3. Hábitos miccionales	60
3.4.7. Tratamiento	60
3.4.8. Factores predisponentes para infecciones de las vías urinarias	61
CAPÍTULO III.....	63
METODOLOGÍA.....	63
3.1. TIPO Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
3.2. POBLACIÓN	63
3.3. MUESTRA	63
3.4. CRITERIO MUESTRA.....	64
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	65

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	69
3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	69
3.8. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	69
3.9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	69
3.10. RESULTADOS	70
3.11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
REFERENCIAS	94
ANEXOS	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Necesidades humanas básicas según Henderson.....	9
Tabla 2. Ejemplos de situaciones a causa de las necesidades de cada individuo	10
Tabla 3. Supuestos principales del pensamiento de Henderson.....	11
Tabla 4. Niveles en la relación Enfermera-Paciente.....	12
Tabla 5. Funciones asistencial de la enfermería según Orem.....	13
Tabla 6. Teoría de los sistemas, tercera teoría Orem	15
Tabla 7. Edad pacientes encuestados	70
Tabla 8. Sexo de pacientes encuestados.....	72
Tabla 9. Rangos de días estadía de pacientes encuestados	73
Tabla 10. Condición neurológica para responder preguntas de los pacientes encuestados.....	74
Tabla 11. Porcentaje de pacientes que recibieron educación	75
Tabla 12. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre prevención o cuidados de úlceras por presión	76
Tabla 13. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre medicación	77
Tabla 14. Porcentajes de pacientes que recibieron educación sobre aseo personal.....	79
Tabla 15. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre futura cita médica	80
Tabla 16. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre ejercicios físicos	81
Tabla 17. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre actividades diarias	82
Tabla 18. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre control de glucosa	83
Tabla 19. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre control de presión arterial	84
Tabla 20. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre	

curación de heridas	85
Tabla 21. Porcentaje de familiares que recibieron educación sobre mecánica corporal	86
Tabla 22. Porcentaje de pacientes que cumplieron con las indicaciones recibidas en la última atención médica	88
Tabla 23. Causas por las que los pacientes no cumplieron con las indicaciones médicas	89
Tabla 24. Porcentaje de pacientes que han tenido reingresos hospitalarios	90
Tabla 25. Causas de los reingresos hospitalarios	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Florence Nightingale	6
Figura 2. Virginia Henderson.....	7
Figura 3. Dorothea Orem	13
Figura 4. Resumen teorías de Orem	15
Figura 5. Rangos de edad de pacientes en el área de Medicina Interna del hospital pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	71
Figura 6. Clasificación de pacientes por género en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	72
Figura 7. Rangos de días estadía de los pacientes en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 – Enero 2014).....	73
Figura 8. Clasificación de pacientes por condición neurológica para responder preguntas en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014).....	74
Figura 9. Pacientes que recibieron educación sobre alimentación en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	75
Figura 10. Pacientes que recibieron educación sobre cuidados y prevención de úlceras por presión en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	77
Figura 11. Pacientes que recibieron educación sobre medicación en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	78
Figura 12. Pacientes que recibieron educación sobre aseo personal en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	79
Figura 13. Pacientes que recibieron educación sobre la futura cita médica en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	80

Figura 14. Pacientes que recibieron educación sobre ejercicios físicos en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	81
Figura 15. Pacientes que recibieron educación sobre actividades diarias en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	83
Figura 16. Pacientes que por su estado de salud y diagnóstico requerían educación sobre control de glucosa en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	84
Figura 17. Pacientes que por su estado de salud y diagnóstico recibieron educación sobre control de presión arterial en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	85
Figura 18. Pacientes que por su estado de salud y diagnóstico recibieron educación sobre cuidados de heridas en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	86
Figura 19. Familiares que por estado de salud y diagnóstico del paciente recibieron educación sobre mecánica corporal en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez.....	87
Figura 20. Pacientes que cumplieron con las indicaciones recibidas en la última atención médica en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	88
Figura 21. Causas por las cuales los pacientes no cumplieron con las últimas indicaciones médicas en el área de Medicina interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	89
Figura 22. Pacientes que han tenido reingresos hospitalarios en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	90
Figura 23. Causas de los reingresos hospitalarios de los pacientes	

en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)	91
--	----

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El tema de investigación fue elegido porque se puede palpar claramente en pasantías y prácticas universitarias de instituciones sanitarias, el desinterés o el poco cuidado que se demuestra en los distintos servicios para aportar y ofrecer educación a los pacientes y familiares al momento que se recibe el alta médica; esto conlleva, a que los pacientes se retiren de la casa de salud sin recibir información clara y detallada, sobre los cuidados pertinentes que deberán ejecutar en sus viviendas.

La importancia que tiene el protocolo de alta de paciente, aparentemente tan sencillo, es significativamente fundamental para el seguimiento en el cuidado continuo y permanente.

“Se debe incluir información sobre lo que se ha enseñado al paciente antes del alta, así como lo que todavía le queda por aprender para poder atenderse a sí mismo en su casa o en otro lugar de residencia”. (Kozier, Erb, Berman y Snyder, 2005)

Existen casos en que el paciente debe depender total o parcialmente de personas que le ayuden a llevar y continuar su vida, es por ello que *“la enfermera también interviene en la formación de los familiares u otras personas de apoyo que atienden al paciente”.* (Kozier et al., 2005), sin embargo esto es omitido por el personal al momento del alta.

La salida de los pacientes desde la casa de salud a sus hogares, implica que los familiares o cuidadores deban aprender a realizar tareas complejas y muchas veces desconocidas, estos factores hacen esencial la función

educadora en enfermería, teniendo como primordial función mantener la salud y el bienestar de los pacientes.

En la actualidad, muchas instituciones a nivel privado tienen un protocolo bien establecido sobre la planificación y educación en el alta del paciente, un formulario denominado “Plan de Egreso”, éste puede ser llenado por medio de computadoras o ser escrito por el profesional a cargo del paciente que egresará.

En el caso de instituciones públicas, se observa con frecuencia que los pacientes egresan a sus hogares portando la receta médica incluida las respectivas indicaciones, emitido por el médico tratante o por el médico residente, pero en muchos casos, el paciente deja la institución sin una explicación verbal o escrita sobre la medicina prescrita, la dosis y el horario de toma.

Este estudio trata de indagar la existencia o no de protocolos de egreso, la importancia que tiene el cumplimiento de éste por parte del personal de salud y específicamente del personal de enfermeras. Se escoge el Hospital Pablo Arturo Suarez de la ciudad de Quito para esta investigación, porque constituiría una muestra de los hospitales públicos de la ciudad de Quito.

1.2. Formulación de problema

¿Se cumple con un Plan de Egreso como parte del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el alta del paciente en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suarez, durante el mes de julio del año 2013?

1.3. Palabras claves

Egreso, planificación, equipo multidisciplinario, educación, hospitalización, alta médica, alta voluntaria, auto-cuidado, seguimiento, cumplimiento, cuidado integral, proceso.

1.4. Preguntas directrices

- ¿Los pacientes reciben educación y orientación sobre los cuidados que deben seguir en sus hogares?
- ¿Los pacientes conocen y entienden cómo deben realizar los cuidados que deben continuar en sus hogares?
- ¿Los pacientes entienden las indicaciones médicas recibidas?
- ¿Los pacientes han tenido reingresos hospitalarios por no haberse cumplido las últimas indicaciones médicas recibidas?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- Establecer el cumplimiento del Plan de Egreso como parte del PAE en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS), durante el periodo de diciembre 2013 – enero 2014.

1.5.2. Objetivos específicos

- Evidenciar si los pacientes reciben educación para continuar sus cuidados en el hogar, del área de medicina interna del HPAS.
- Identificar el porcentaje de pacientes que aciertan en conceptos básicos de su cuidado al egresar del servicio del área de medicina interna del HPAS.
- Conocer si los pacientes entienden las indicaciones que reciben por parte del personal médico.

- Definir los motivos del por qué los pacientes no cumplen con las indicaciones médicas recibidas.
- Establecer si la causa de los pacientes de tener reingresos hospitalarios es por no cumplir las indicaciones médicas.

1.6. Justificación e importancia

Esta investigación es de suma importancia ya que se conocerá cómo se realiza la educación por parte del personal de enfermería, así como también, el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre los cuidados a seguir en sus respectivos hogares.

El formulario “Plan de Egreso” o “Plan de Alta”, logrará robustecer la autoconfianza y auto-cuidado del paciente a partir de la estimulación, se continuará con las medidas terapéuticas necesarias y se alcanzará el mejor estado de salud posible ya que la persona controlará el padecimiento y vivirá con dignidad y calidad.

El impacto de esta investigación, se verá reflejado en la mejora de la calidad en la prestación de servicios que se recibe en el Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS) de la ciudad de Quito.

Las personas favorecidas con esta investigación serán todos los pacientes que se dirigen a esta casa de salud para recibir atención.

1.7. Hipótesis

En el servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez no existe un cumplimiento total del plan de egreso del paciente, por lo tanto la educación y orientación del paciente post egreso no es suficiente.

1.8. Variables

Variable dependiente: educación al paciente

Variable independiente: cumplimiento del Plan de Egreso

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

1. TEORIAS DE ENFERMERÍA

La enfermería hasta hace algunos años fue un trabajo técnico, basado en la rutina y experiencia práctica con sapiencias adquiridas de forma empírica. Ésta definición y característica del concepto de enfermería conducía al estudiante o al ya profesional a alcanzar enseñanzas sólo para desarrollar procesos y técnicas centradas en la labor de otras disciplinas.

La enfermería era una ciencia simple por el matiz religioso y femenino que reflejaba, por la insuficiente formación del profesional de enfermería y por el desarrollo de la medicina que hizo que se centrara la atención de enfermería en el trabajo del médico y no en el paciente.

Por Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, cambió la misión y visión de esta profesión a mediados del siglo XIX, a partir de ahí las demás enfermeras han logrado mejorar sus competencias y desempeño por medio del aumento de conocimientos teóricos acerca de esta joven ciencia



Figura 1. Florence Nightingale
Tomado de (Young, Hortis de Smith, Chambi, & Finn, 2011, p. 808)

Ella junto a su pensamiento, fundó la teoría sobre el entorno, dando hincapié a la relación entorno-paciente, “Nightingale pensaba que la enfermedad era un proceso reparador. Para ella, la enfermedad era el esfuerzo de la naturaleza por remediar un proceso de intoxicación o decaimiento, o una reacción contra las condiciones en las que se encontraba la persona”. (Pfetscher, 2011, p. 78)

De la misma manera en que Nightingale hizo una gran contribución a la enfermería, también existen muchas enfermeras que la enriquecieron gracias a sus aportaciones de teorías y modelos. En esta investigación se puso como eje motor la “Teoría de las necesidades humanas básicas” de Virginia Henderson (1966), y la “Teoría del déficit del autocuidado” de Dorothea Orem (1980).

1.1. Teoría de las necesidades humanas básicas

Para Virginia Henderson la definición de enfermería no era definitiva, ella comprendía que esta disciplina variaría según la época en que se practicara y que también dependería de lo que realizara el personal sanitario.



Figura 2. Virginia Henderson
Tomado de (Brito, 2012)

1.1.1. Principales conceptos

Esta teoría afirma que el objetivo de la enfermería es hacer al individuo independiente lo antes posible, para así cubrir sus necesidades básicas.

El ayudar a la persona a encontrar su autonomía lo más rápido posible es el trabajo que la enfermera realiza desde el inicio hasta el fin de la atención. Henderson parte de que todas las personas tienen distintas y variadas necesidades que satisfacer, y afirma que no habría problema de cubrir las si el individuo permaneciera con salud y si tuviera el suficiente conocimiento para ello.

Las diferentes acciones que las enfermeras ejecutan para ayudar al paciente a resolver estas necesidades es denominada por Henderson como “cuidados básicos de enfermería” y estos se usan empleando un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

1.1.1.1. Enfermería

“La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.” (García González, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, 2002, p. 12)

1.1.1.2. Salud

“La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o satisfacción inadecuada de las necesidades. La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del

organismo humano, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería)". (García González, 2012, p. 13)

1.1.1.3. Entorno

"El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermedades deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos". (García González, 2002, p. 14)

1.1.1.4. Persona

"El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad". (García González, 2002, p. 13)

En la tabla se puede apreciar las necesidades humanas según Henderson:

Tabla 1. Necesidades humanas básicas según Henderson

#	NECESIDAD
1	Respirar normalmente
2	Comer y beber adecuadamente
3	Eliminar los desechos corporales
4	Moverse y mantener posturas deseables
5	Dormir y descansar
6	Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
7	Mantener la temperatura corporal
8	Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel

- 9** Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
 - 10** Comunicarse con los demás en la expresión (emociones, miedos y
 - 11** opiniones)
 - 12** Rendir culto según la propia fe
 - 13** Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro
 - 14** Jugar o participar en diversas formas de ocio
- Aprender a llevar una salud normal, utilizar los servicios sanitarios disponibles

Nota: (Henderson, 1991, pp. 22-23)

Si se tiene en cuenta este principio, todas las personas tendrían las mismas necesidades y existirían independientemente de la realidad o situación que se esté enfrentando, sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Tabla 2. Ejemplos de situaciones a causa de las necesidades de cada individuo

FACTORES	REALIDAD O SITUACIÓN
Permanentes	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Nivel de Inteligencia - Medio social o cultural - Capacidad física
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - Falta aguda de oxígeno - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias) - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios) - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales-Estados febriles agudos debidos a toda causa - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas - Una enfermedad transmisible - Estado preoperatorio - Estado postoperatorio - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento

1.1.2. Supuestos principales

A continuación se muestra sintetizado el pensamiento de Henderson:

Tabla 3. Supuestos principales del pensamiento de Henderson

PENSAMIENTOS HENDERSON
“La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia”.
“La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo”.
“Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas”.

Nota: (Martinez, 2009)

1.1.3. Afirmaciones teóricas de Henderson

1.1.3.1. Relación enfermera – médico:

“La enfermera tiene una función única y distinta a la de los médicos y se basa en el desarrollo del plan de cuidados. Sin embargo, la estrecha relación que existe entre médico y enfermera hacen que algunas funciones estén solapadas. (Servicio Gallego de Salud, 2006, p. 66)

1.1.3.2. Relación enfermera – paciente:

En la siguiente tabla se detalla la función generalizada de la enfermera para con el paciente:

Tabla 4. Niveles en la relación Enfermera-Paciente

FUNCIÓN ENFERMERA	ENUNCIADO
Sustituta del paciente	En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”.
Auxiliar del paciente	La enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
Compañera del paciente	La enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

Nota: (García González, 2002, p.15)

1.2. Teoría del autocuidado

Para Dorothea Orem el objetivo de la enfermería es el de "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". (Fundaciones Públicas Sanitarias de Galicia, 2003, 180)

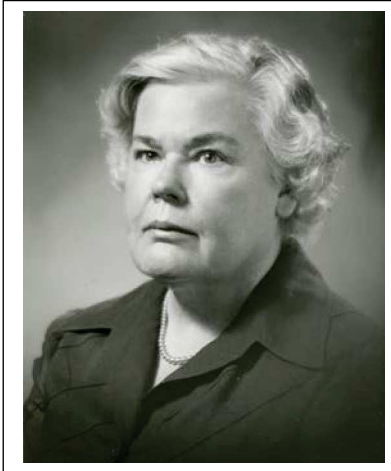


Figura 3. Dorothea Orem
Tomado de (Blogspot, s.f.)

Además afirma que la enfermera tiene diversas técnicas para ayudar a los pacientes:

Tabla 5. Funciones asistencial de la enfermería según Orem

MÉTODOS DE AYUDA	1	Actuar compensando déficits
	2	Guiar
	3	Enseñar
	4	Apoyar
	5	Proporcionar un entorno para el desarrollo

1.2.1. Fuentes teóricas

No hubo nadie de manera especial que influyó en su etapa de teorista, sino que fue el conjunto de todas las enfermeras con las que pudo tener contacto.

1.2.2. Afirmaciones teóricas

Orem concreta su modelo (pensamiento) a una teoría general de enfermería, compuesta de otras tres con conexión entre sí:

1.2.2.1. Teoría del autocuidado

“El autocuidado lo define como una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo. Es, por tanto, una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar.” (Consortio Hospital General Universitario de Valencia [CHGUV], 2004, p. 136)

Conjuntamente también afirma que “la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de los de las personas que tiene a su cargo y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida. Ello debe suponer la capacidad de llevar una vida sana, comportarse de forma que se trate de alcanzar el bienestar y la salud.” (CHGUV, Diplomados en enfermería / ATS, 2004, p. 136)

1.2.2.2. Teoría del déficit de autocuidado

“Describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería”. (CHGUV, Diplomados en enfermería / ATS, 2004, p. 136)

1.2.2.3. Teoría de los sistemas de enfermería

Describe y explica las relaciones que es necesario establecer para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente. (CHGUV, Diplomados en enfermería / ATS, 2004, p. 136)

Tabla 6. Teoría de los sistemas, tercera teoría Orem

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA – DOROTHEA OREM	
Sistemas de enfermería totalmente compensadores	Trata de compensar una incapacidad total del paciente para su autocuidado
Sistemas de enfermería parcialmente compensadores	Se trabaja en conjunto, “enfermera y paciente realizan medidas de asistencia
Sistemas de apoyo educativo	Dirigido a pacientes que son capaces o deben aprender a realizar acciones propias de su autocuidado y que, en principio, no pueden hacerlo sin la correspondiente ayuda

Nota: tomado de (CHGUV, Diplomados en enfermería / ATS, 2004, p. 138)



Figura 4. Resumen teorías de Orem

Tomado de Pereda Acosta, 2011, p. 164

1.2.3. Requisitos de autocuidado universales

El autocuidado se puede alcanzar si la persona lleva consigo los siguientes requisitos

- El aporte de aire, líquidos y alimentos.
- La eliminación adecuada de productos de desecho.
- El equilibrio entre la actividad, descanso y sueño.
- La prevención de peligros para la vida, la salud y el bienestar.
- La tranquilidad, la soledad, la intimidad y la interacción social.
- La normalidad de ser y sentir, evitando de este modo el estrés.

Si nos fijamos estos requisitos son casi similares a las 14 necesidades de Virginia Henderson (detalladas y analizadas anteriormente)

2. EL PACIENTE EN EL HOGAR

“Mientras los trabajadores del cuidado a la salud pueden y deben proveer información considerando los problemas de seguridad para el paciente, la decisión final en que ocurre con las cuestiones en el entorno de la casa son del paciente y su familia”. (OPS, 2011)

Es responsabilidad del paciente y la familia acatar las prescripciones médicas, así como también, las recomendaciones que se le dan para que en la permanencia en el hogar no se presenten inconvenientes de salud o problemas por consecuencia del estado patológico de la persona.

“Las preferencias del paciente y su familia en problemas de seguridad están influidas por la cultura, las experiencias y las circunstancias de la vida”. (OPS, 2011)

Por lo cual, para transmitir instrucciones, el personal sanitario debe conocer las creencias y culturas de los distintos grupos familiares. Por ejemplo, mientras los trabajadores de la salud puedan tener normas particulares de aseo e higiene, los pacientes y familias pueden no compartir las disposiciones recibidas por numerosas razones.

“Los trabajadores de la salud necesitan tanto adaptar sus sugerencias e instrucciones a las circunstancias del paciente y evitar sólo indicar un nivel de recomendaciones para todos los pacientes”. (OPS, 2011)

Es importante que la educación transmitida sea una negociación con el paciente y familia acerca de las preferencias y gustos en cuestiones de los cuidados a realizar en el hogar, de ese modo, habrá más éxito que al limitarse a dar órdenes.

2.1. Ambiente en el hogar

La casa será siempre el lugar donde las personas pasen la mayor parte del tiempo de sus vidas, por tanto, ésta debe ser confortable en todas las áreas que contenga y además deberá tener condiciones de seguridad para que no existan accidentes.

Es deber de médicos y enfermeras orientar a las personas sobre los riesgos y peligros que tiene una vivienda; por ejemplo, los pisos pueden ser resbaladizos, las escaleras deben contar con pasamanos, en los pasillos no deben permanecer objetos que entorpezcan el paso, los muebles deben encontrarse fijos al suelo, se debe evitar cables en el piso ya que podrían provocar caídas o tropiezos, etc.

Indispensable es inculcar a los pacientes y familiares que la vivienda debe estar iluminada por problemas visuales en las personas y por armonía en el hogar.

Al ocuparse el servicio higiénico no se debe cerrar la puerta con llave y la persona debe permanecer vigilada o semivigilada en la bañera, en la ducha o bañera es recomendable colocar alfombras antideslizantes y si es necesario se podría adaptar una silla plástica, para dar estabilidad y comodidad a la persona.

{Estos y otros cuidados se deben transmitir conociendo las costumbres y el tipo de vivienda de cada paciente, esto se logrará no necesariamente conociendo el hogar, sino teniendo un diálogo con disposición a escuchar, empatía y respeto.

También es necesario “que los trabajadores de la salud enseñen al paciente y a su familia las medidas necesarias para mantener un ambiente seguro en el hogar, libre de microorganismos patógenos. Este ambiente se debe mantener en condiciones óptimas de higiene, y es de especial importancia cuando en casa se tiene a una persona vulnerable a contraer enfermedades o a presentar complicaciones de las enfermedades que presenta”. (OPS, 2011)

Es recomendable decir a las personas que la luz y el agua son elementos indispensables para el mantenimiento de la salud, que las frutas, verduras y carnes se deben lavar rigurosamente para eliminar vectores patógenos en ellos y que los alimentos que lo requieran han de refrigerarse para frenar así el crecimiento bacteriano. Hay que recordarles también que se debe evitar la existencia de restos de comidas, pues favorecen la presencia de roedores e insectos, que gracias a sus heces contaminarían el ambiente y los alimentos causando salmonelosis, disentería, etc.

El área de la cocina y de los sanitarios son los logares donde se requiere realizar limpieza y desinfección a diario, para así prevenir transmisión de enfermedades.

Estas recomendaciones parecen lógicas para todos los seres humanos, o muchos dirían que no son necesarias de emitir, pero hay que tener presente que muchas personas se dirigen a casas de salud por problemas que se

podrían evitar y que muchos pacientes egresados se dirigen a sus hogares inmunodeprimidos.

2.2. Cuidados con seguridad en el hogar

“Brindar cuidado a la salud fuera de un ambiente tradicional de cuidado a la salud requiere educación y apoyo adicional al paciente y a su familia. Miembros de la familia y pacientes, aun con un nivel educativo bajo o con cambios cognitivos, pueden ser capacitados para manejar de manera segura el cuidado a la salud de muchos problemas y padecimientos”. (OPS, 2011)

Los problemas que requieren intervención educativa por parte de enfermería, incluyen:

2.2.1. Movilidad de las personas

Las personas para facilitar la movilización, requieren de algunas ayudas técnicas, como: silla de ruedas, bastón, andadera, sillas adaptables para el baño, guías para la movilización de enfermos, etc.

Las enfermeras deben identificar la necesidad de cualquiera de estas ayudas técnicas y orientar al paciente y su familia en la correcta utilización de estas herramientas y comunicar los beneficios que proporcionarían.

Además, según la condición del paciente, la enfermera deberá explicar la forma correcta de realizar el baño de esponja, la utilización del baño, los cambios de posiciones, el traslado del paciente y la mecánica corporal.

Se debe emitir al familiar que se hará a cargo del paciente, sobre los peligros que hay al mover o levantar una carga (una persona), explicando sobre los principios de la mecánica corporal: “la espalda debe estar recta, flexionar las piernas, mantener la carga cerca del cuerpo, separar los pies siempre en

dirección al movimiento que se vaya a realizar, usar el contrapeso del cuerpo y emplear los apoyos”. (OPS, 2011)

2.2.2. Medicación

Una persona que ha estado hospitalizada puede presentar confusión en la administración de medicamentos, porque podría darse que la medicina que se administraba antes de la admisión al hospital no sean los mismos en el alta, además que a menudo, sólo se les entrega la receta médica sin una previa explicación detallada.

Entre los tipos de errores de administración de medicación en el hogar se incluye: dosis equivocada, omisión fármacos, equivocación de medicamento, toma de más de un medicamento del mismo tipo, medicina caducada.

La polifarmacia, ingesta de cinco o más pastillas, favorece a que se presente errores en la administración de medicación y al padecimiento por efectos adversos.

Hoy en día se sabe que los pacientes dejan de tomar la medicina por costo, efectos secundarios, problemas visuales y porque creen que no necesitan seguir tomando su prescripción ya que se sienten mejores.

Los problemas que más se dan en los adultos mayores son:

2.2.2.1. Automedicación

“Consiste en tomar medicamentos que no han sido prescritos por el médico. Tomar medicamentos para todo se está convirtiendo en un hábito muy común en la sociedad actual; medicamentos para relajarse, para animarse, para el dolor de cabeza... Siempre existe un motivo para consumir alguno de los

medicamentos que se acumulan en los botiquines domésticos”. (Gómez Ayala, 2006)

2.2.2.2. Polifarmacia

“Se refiere al uso de múltiples fármacos de prescripción en un mismo paciente, lo cual causa el potencial para efectos negativos como sobredosis o interacción medicamentosa”. (American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), 2011)

Las intervenciones de enfermería incluyen el explicar la función del medicamento, horario, dosis, etc. Si el paciente amerita deberá hacerse un cuadro detallado, claro y con letras grandes, para que éste sea colocado en una parte visible del hogar, por ejemplo, en la puerta del refrigerador.

3. ENFERMEDADES EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

3.1. Diabetes Mellitus II

La Diabetes Mellitus (tener cuidado de no confundirla con la diabetes insípida) es un grupo de enfermedades metabólicas, en las que los defectos en la secreción de insulina o su acción dan como resultado una concentración elevada de azúcar en la sangre (hiperglucemia). De acuerdo con los últimos datos de los *Centres for Disease Control and Prevention (CDC)*, alrededor de 20.8 millones de personas en Estados Unidos tienen diabetes mellitus y 6.2 millones de ellas no lo saben. (S. & Hopper , 2007)

Es una enfermedad debida a hiperglucemia crónica que afecta a más de del 6 % de la población total de Estados unidos. Hay 11 millones de personas diagnosticadas, mientras que en torno a 6 millones permanecen sin diagnosticar. Hasta el 38% de los pacientes hospitalizados en unidades médicas presentan hiperglucemia, el 33% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados están diagnosticados de DM. Su prevalencia ha aumentado en relación directa con la incidencia cada vez mayor de obesidad. Las poblaciones hispanoamericana, nativa, americana y afroamericana tienen una mayor incidencia que la blanca u otros grupos. Como consecuencia del transporte disfuncional de glucosa a las células del organismo aparecen trastornos metabólicos, vasculares y neurológicos. (Swearingen, 2008)

La diabetes es una enfermedad grave que puede ocasionar complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, ataques cardiacos y accidentes vasculares cerebrales. Es una causa principal de amputaciones de miembros inferiores en Estados Unidos. Con una buena educación y cuidado personal, los pacientes con diabetes pueden prevenir retrasar estas complicaciones y llevar vidas plenas y productivas. Una función importante de la enfermera es ayudar al paciente a que aprenda a cuidarse de manera efectiva. (S. & Hopper , 2007)

3.1.1. Fisiopatología

La insulina facilita el transporte de glucosa al interior de las células para su oxidación y producción de energía. El consumo de alimentos, la degradación de glucógeno y la gluconeogénesis aumentan la concentración sérica de glucosa, lo que estimula a las células de los islotes beta del páncreas para que liberen la insulina necesaria para el transporte de glucosa desde el torrente sanguíneo a las células. A escala celular, los receptores de insulina controlan la velocidad de transporte de glucosa hacia las células. Conforme la glucosa abandona la sangre, se normalizan los valores séricos (70-110 mg/dl). (Swearingen, 2008)

Los tejidos corporales y las células que los componen, usan glucosa para la energía. La glucosa es un azúcar simple que los alimentos proporcionan. Cuando se ingieren carbohidratos, se hidrolizan en azúcares, inclusive glucosa, que luego se absorbe en el torrente sanguíneo. Los carbohidratos proporcionan la mayor parte de la glucosa que el cuerpo utiliza; las proteínas y grasas pueden proporcionar en forma indirecta cantidades más pequeñas de glucosa. Ésta solo puede entrar a las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas producen. Cuando la insulina entra en contacto con la membrana celular, se combina con un receptor que permite la activación de los transportadores especiales de glucosa en la membrana. Al ayudar a la glucosa a ingresar a las células corporales, la insulina disminuye la concentración de glucosa en la sangre. La insulina también ayuda al cuerpo a almacenar el exceso de glucosa en el hígado en forma de glucógeno. (S. & Hopper , 2007)

Las células alfa de los islotes de Langerhans producen otra hormona, el glucagón, que eleva la glucosa sanguínea cuando se requiere mediante la liberación de la glucosa sanguínea cuando se requiere mediante la liberación de la glucosa almacenada en el hígado y músculos. La insulina y el glucagón trabajan juntos para mantener la glucemia a una concentración constante. (S. & Hopper , 2007)

La diabetes es resultado de la producción defectuosa de insulina por las células beta en el páncreas o de la incapacidad de las células corporales para usar la insulina. Cuando la glucosa no puede entrar a las células corporales, permanece en el torrente sanguíneo; el resultado es hiperglucemia y las células son privadas de su fuente de energía. Es posible que la secreción anormal de glucagón desempeñe una función en la diabetes tipo 2. (S. & Hopper , 2007)

3.1.2. Tipos

Tipo 1 (5-10%). Carencia completa de insulina endógena eficaz, lo que provoca hiperglucemia y cetosis como consecuencia de la desnutrición de las células de los islotes beta. Este tipo se precita por respuestas inmunitarias alteradas, factores genéticos y factores ambientales estresantes. Algunos antígenos leucocíticos humanos (HLA, *human leukocyte antigens*) se han asociado firmemente a DM tipo 1. Estas personas dependen de la insulina para sobrevivir y evitar una cetoacidosis diabética (CAD) potencialmente mortal. (Swearingen, 2008)

Tipo 2 (90-95%). Trastorno metabólico que puede oscilar entre resistencia a la insulina con deficiencia moderada de insulina y defecto intenso de la secreción de insulina con resistencia a la insulina que origina una hiperglucemia intensa sin cetosis. La hiperglucemia no tratada puede ocasionar un síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico (HHNC). La mayoría de las personas con diabetes tipo 2 son obesas. (Swearingen, 2008)

3.1.3. Signos y síntomas

Los síntomas clásicos de la diabetes mellitus incluyen polidipsia (sed excesiva), poliuria (micción excesiva) y polifagia (hambre excesiva). Como la glucosa no puede entrar a las células, las células están privadas de alimento, lo que causa hambre.

La gran cantidad de glucosa en la sangre incrementa la concentración sérica, u osmolalidad. Los túbulos renales no pueden reabsorber todo el exceso de glucosa que los glomérulos filtran y el resultado es glucosuria. Se requieren grandes cantidades de agua corporal para excretar esta glucosa, lo que conduce a poliuria, nicturia y deshidratación. El aumento de la osmolalidad y la deshidratación causan polidipsia. La elevación de la glucemia también puede ocasionar fatiga, visión borrosa, dolor abdominal y cefaleas. Las cetonas pueden acumularse en la sangre y orina de los pacientes con diabetes tipo 1 (cetoacidosis) (S. & Hopper , 2007)

3.1.4. Pruebas Diagnósticas

Para el diagnóstico definitivo de diabetes mellitus y otras categorías de la regulación de la glucosa, se usa la determinación de glucosa en plasma o suero. En ayunas de 10 a 12 horas, las glicemias normales son < 100 mg/dl.

En un test de sobrecarga oral a la glucosa (75 g), las glicemias normales son: Basal < 100, a los 30, 60 y 90 minutos < 200 y los 120 minutos post sobrecarga < 140 mg/dl.

Diabetes Mellitus: El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico.

1. Glicemia (en cualquier momento) ≥ 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso)
2. Dos o más glicemias ≥ 126 mg/ dl.
- 3.-Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a los 120 minutos post sobrecarga ≥ 200 mg/dl. (Médica, 2014)

Intolerancia a la glucosa: Se diagnostica cuando el sujeto presenta una glicemia de ayuno < 126 mg/dl y a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dl.

Glicemia de ayuno alterada: Una persona tiene una glicemia de ayunas alterada si tiene valores entre 100 y 125 mg/dl. Será conveniente estudiarla con una sobrecarga oral a la glucosa.

El diagnóstico de diabetes se realiza a través de 2 tipos de estudios: la glicemia de ayuno y la prueba de tolerancia oral a la glucosa. La glicemia de ayuno es la prueba más sencilla para el diagnóstico oportuno de DM en personas asintomáticas que por algún motivo acuden a un servicio de salud. Las directivas de ADA 2010 recomiendan además, para el diagnóstico, la dosificación de Hb A1, con un punto de corte de 6,5%. (Terapéutica, 2009)

La asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) establece que la prueba de tolerancia oral a la glucosa es la prueba de oro para el tamizaje de diabetes en estudios poblacionales. Se pueden establecer distintas categorías al analizar las cifras de glicemia. Se define normoglicemia, con glicemia basal en ayunas por debajo de 100 mg% y con una glicemia a las dos horas de una curva de tolerancia por debajo de 140 mg%. Se establece la categoría de prediabetes cuando existe una glicemia en ayuno alterada o una intolerancia a la glucosa. (Terapéutica, 2009)

3.1.5. Tratamientos Interdisciplinarios

3.1.5.1. Medidas generales

La hiperglucemia persistente es el fenómeno central en todas las formas de DM. El tratamiento debe estar encaminado a descender los niveles de glucemia a valores próximos a la normalidad siempre que sea posible. Con ello perseguimos:

1. Evitar descompensaciones agudas, cetoacidosis o síndrome hiperosmolar.
2. Aliviar los síntomas cardinales (poliuria /polidipsia / astenia / pérdida de peso con polifagia).

3. Minimizar el riesgo de desarrollo o progresión de retinopatía, nefropatía y/o neuropatía diabética.
4. Evitar las hipoglucemias
5. Mejorar el perfil lipídico de los pacientes.
6. Disminuir la mortalidad

3.1.5.2. Educación Diabetológica

En muchos casos, conseguir niveles de glucemia óptimos requiere un programa de entrenamiento por parte del paciente en el control de su enfermedad, basado en determinaciones frecuentes de glucemia capilar, consejo nutricional, práctica regular de ejercicio, régimen de insulina adaptado a su estilo de vida, instrucción para prevenir y tratar las hipoglicemias y evaluación periódica de los resultados obtenidos. Dar a conocer al paciente los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social mediante información y motivación, se considera la medida de más impacto para disminuir las complicaciones de la enfermedad. (Alfaro , Simal , & Botella , 2001)

3.1.5.3. Recomendaciones Nutricionales

El tratamiento dietético es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia post-prandial. (Alfaro , Simal , & Botella , 2001)

Se recomienda que el total de calorías consumidas a lo largo del día se repartan en 4 ó 5 comidas. En el diabético tipo 1 la dieta se mostrará de una

forma positiva, haciéndole ver que no tendrá que modificar la mayoría de sus hábitos alimentarios. En los diabéticos obesos (generalmente tipo 2) será necesaria una dieta hipocalórica hasta la consecución de un peso aceptable, lo que obligará a evitar los alimentos grasos y reducir el consumo de aquellos con un contenido calórico medio, como los ricos en hidratos de carbono y proteínas, permitiendo comer libremente aquellos alimentos de bajo contenido calórico, como los vegetales o las infusiones sin azúcar. En los pacientes en tratamiento con insulina es importante que exista una regularidad tanto en los horarios como en la cantidad y composición de las comidas, y una sincronía adecuada entre éstas y la farmacocinética del tipo de insulina que se utilice, aunque en los diabéticos en tratamiento intensivo es posible mayor flexibilidad. Finalmente la dieta también debe servir para la prevención y tratamiento de las complicaciones agudas del tratamiento de la DM (hipoglucemia) y de las complicaciones crónicas. Es muy importante que el diabético en tratamiento farmacológico sepa perfectamente que ante síntomas típicos de hipoglucemia debe tomar inmediatamente 3-4 terrones de azúcar o una bebida azucarada (por ejemplo zumo de frutas) y que debe llevar siempre consigo este tipo de alimentos. (Alfaro , Simal , & Botella , 2001)

3.1.5.4. Ejercicio

En la DM 1 el ejercicio, más que como una forma de tratamiento, debe ser visto como una actividad que proporcione al diabético la misma diversión y beneficios que al individuo no diabético, y que va a modular las acciones de la dieta y de la insulina. El ejercicio físico puede aumentar el riesgo de hipoglucemia aguda y diferida, por lo que el paciente debe modificar oportunamente su dieta y dosis de insulina cuando se disponga a realizarlo o lo haya finalizado, teniendo en cuenta la intensidad y duración del mismo, así como su glucemia. (Alfaro , Simal , & Botella , 2001)

En la DM 2, el ejercicio físico juega un destacado papel aumentando la captación de glucosa por el músculo, incluso cuando no se disminuye de peso,

ayudando a mejorar el control metabólico. Además, actúa de manera favorable sobre otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la hiperlipemia y la hipertensión arterial. Se recomienda comenzar con ejercicios moderados como caminar o pedalear en bicicleta estática y posteriormente incrementar la intensidad. Es importante para mejorar la sensibilidad a la insulina que el ejercicio se realice al menos 3 ó 4 días por semana. (Alfaro , Simal , & Botella , 2001)

3.1.5.5. Hipoglucemiantes orales (HO) / (ADO: antidiabéticos orales)

Generalmente es el tratamiento por excelencia en la DM tipo II. Existen diferentes fármacos encargados de mantener unos niveles adecuados de glucemia. Consideraciones generales de los HO:

- Se deben administrar antes de las comidas.
- Los HO no tienen mayor efecto hipoglucemiante por encima de la dosis máxima recomendada, únicamente aumentan sus efectos adversos.
- Hay que tener en cuenta que existen múltiples fármacos que pueden alterar la acción de los HO.
- Es frecuente el fracaso secundario de los HO, a los 5 años de tratamiento, pero el paso a insulina deberá hacerse de forma individual.

3.1.5.6. Insulina

Tratamiento sustitutorio en el caso de déficit de dicha hormona del paciente diabético. Tratamiento farmacológico único en el caso de la DM tipo I. Aunque también puede ser tratamiento farmacológico en algunos casos de DM tipo II.

Cuando un paciente con DM I inicia el tratamiento con insulina, el páncreas inicia un aumento de secreción de dicha hormona, disminuyendo las necesidades de administración de insulina, a este periodo inicial se le denomina “Luna de Miel”, pero la duración de este periodo es de pocos meses,

teniendo posteriormente que aumentar las dosis de insulina progresivamente. (Alfaro , Simal , & Botella , 2001)

En la actualidad se disponen de muchos tipos de insulinas:

Según las características farmacocinéticas se pueden clasificar en acción rápida, intermedia (NPH y NPL), prolongada y mezclas de insulina rápida e intermedia.

Nivel estructural: algunas tienen la misma estructura que la insulina humana; otras son el resultado de modificaciones de la misma y se llaman análogos de insulina, que intentan imitar la secreción de la insulina endógena, consiguiendo glucemias más estables.

Administración: principalmente por vía subcutánea, excepto la insulina rápida (de aspecto transparente, y no lechoso como las demás), que se puede administrar también por vía intravenosa. También se disponen de diferentes sistemas de administración que facilitan el manejo de las mismas: jeringa y aguja, bolígrafos, plumas, bombas de insulina.

Excepto las insulinas rápidas, el resto se deberán agitar antes de su administración para conseguir una mezcla homogénea. Siempre que se vayan a mezclar en una misma jeringa insulina rápida con una de acción intermedia, se deberá cargar primero la insulina rápida y luego la intermedia, para evitar la contaminación del vial de insulina rápida con la intermedia, ya que luego podríamos necesitar el vial de insulina rápida para la administración de la insulina por vía venosa. Se ha elaborado una insulina cuya forma de administración es la inhalatoria, pero no está actualmente comercializada en España. Dicha insulina puede combinarse con las anteriores, teniendo la ventaja de evitar el pinchazo, aunque también tiene limitaciones, no pudiendo administrarse en mujeres embarazadas, pacientes con patologías respiratorias y fumadores. (Todavía en estudio). (Alfaro , Simal , & Botella , 2001)

3.1.6. Complicaciones

3.1.6.1. Complicaciones crónicas

Afectan a los dos grandes síndromes: Vascular y Neuropático, por lo tanto las clasificaremos en dos grupos Neuropatías y Angiopatías.

3.1.6.1.1. Neuropatía

Es la complicación más frecuente de la DM. Se produce una alteración del sistema nervioso, exceptuando el cerebro. Las alteraciones neurológicas van desde la Polineuropatía, con alteración de la sensibilidad por exceso-hiperextesia- o por la disminución de la sensibilidad-hipoextesia-, hasta la neuropatía autónoma, con manifestaciones como la alteración del ritmo cardiaco, hipotensión ortostática, disfunción eréctil, alteración en la eliminación (fecal y urinaria). Estas complicaciones aumentan con la edad y con el tiempo de evolución de la DM, y a pesar de que la aparición puede ser en cualquier momento, se ha demostrado que un buen control metabólico mejora la conducción nerviosa y retrasa la aparición de una clínica franca. (Valladolid, 2011)

3.1.6.1.2. Angiopatía

Cuando afecta a grandes vasos lo denominamos Macroangiopatía, formándose placas de ateroma en ellos y provocando cuadros que van desde la Enfermedad Coronaria, Enfermedad Cerebrovascular , hasta la Enfermedad Vascular Periférica (por ejemplo la Claudicación intermitente, gangrena) Si se afectan pequeños vasos hablaremos de Microangiopatía , que cursa con el engrosamiento de los vasos de menor calibre, afectando sobre todo al riñón – Nefropatía diabética, provocando un deterioro progresivo del funcionamiento renal hasta provocar una insuficiencia renal crónica ; y al globo ocular- Retinopatía diabética, manifestándose con una pérdida de la agudeza visual.

La unión de la Neuropatía con la Angiopatía provoca la aparición de una patología que por su frecuencia y repercusiones tiene entidad propia, como es el PIE DIABETICO. Aunque la DM por si sólo es un factor de riesgo en la aparición de las complicaciones crónicas, existen una serie de factores que pueden acelerar la manifestación de las mismas, como: la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaco y el sedentarismo. (Valladolid, 2011)

3.1.6.2. Complicaciones agudas

Las complicaciones son la hipoglucemia, la cetoacidosis y el coma hiperosmolar

3.1.6.2.1. Hipoglucemia

Descenso de los niveles de glucemia plasmática por debajo del límite inferior normal (70-100mg/dl), se acompaña de una sintomatología clínica específica y desaparece al administrar glucosa u otros hiperglucemiantes. (Valladolid, 2011)

Causas

- Administración excesiva de insulina o ADO
- Disminución de la ingesta de alimentos, retraso u olvido de alguna comida, vómitos o diarreas después de comer.
- Aumento del gasto energético. Ejercicio físico no habitual.
- Estrés, ingesta de alcohol o de medicamentos que potencien la acción de la insulina o ADO.
- Técnica defectuosa en la administración de insulina o aumento de la absorción en la zona de inyección por realizar masaje, aplicar calor en la zona.

Signos y síntomas

(Debidos a la activación del Sistema nervioso central y del sistema simpático).

Inicialmente: Palidez, sudoración, nerviosismo, debilidad, taquicardia, temblor, palpitaciones, sensación de hambre.

Si no se recupera aparecerá cefalea, diplopia, visión borrosa, fatiga, confusión mental, habla incoherente, convulsiones, coma. (Valladolid, 2011)

El tratamiento irá encaminado a la prevención en la aparición de esta complicación, si bien, ante los primeros síntomas una actuación rápida y correcta resolverá la situación.

Tratamiento

Si el paciente está consciente se deberá administrar por vía oral glucosa (alimentos con azúcares de acción rápida, como la sacarosa o azúcar común), repitiendo la ingesta si no cede a los cinco minutos. Posteriormente administrar alimentos que contengan hidratos de carbono de acción más lenta para mantener los niveles de glucosa en sangre. (Valladolid, 2011)

Si el paciente estuviera inconsciente se administraría glucosa intravenosa o glucagón por vía intramuscular, repitiéndose la administración de éste a los diez minutos si no cede la hipoglucemia. Dentro de esta complicación cabe destacar el llamado efecto SOMOGYI: hipoglucemia nocturna que sufren los pacientes (alrededor de las dos), y que puede pasar desapercibida, detectando por la mañana hiperglucemia reactiva. El paciente sólo evidenciará pesadillas nocturnas, gran sudoración y cefalea matinal. Por lo tanto, ante la aparición de una hiperglucemia manital se tendrá en cuenta estos síntomas para un correcto ajuste del tratamiento de la DM. El efecto SOMOGYI se debe diferenciar del Fenómeno al ALBA, en éste último existe un aumento de la glucemia a partir de

la madrugada (alrededor de las 5 de la mañana), pero sin que se produzca hipoglucemia. (Valladolid, 2011)

3.1.6.2.2. Cetoacidosis

Es una complicación grave, más frecuente en los pacientes con DM tipo I, siendo una de las primeras manifestaciones de la aparición de la DM en el adulto y la primera complicación en los niños. El déficit de insulina da lugar a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y grasas, produciendo un aumento de los cuerpos cetónicos en sangre y en orina, con hiperglucemia y acidosis metabólica. Por lo tanto ante una hiperglucemia la actuación deberá ser rápida, para evitar la aparición de una cetoacidosis diabética. (Valladolid, 2011)

Causas

- Infecciones
- Estrés, por cirugía o emocional
- Traumatismos
- Tratamiento con corticoides
- Enfermedades graves
- Descompensación de la DM por tratamiento incorrecto: fármacos/dieta/ejercicio

Signos y síntomas

- Deshidratación
- Cetonuria e hiperglucemia
- Aliento con olor a acetona (manzanas o almendras dulces)
- Respiración de Kussmaul
- Abdominalgias, náuseas, vómitos
- Enrojecimiento de la piel
- Letargo, coma
-

Tratamiento

La actuación será rápida (administración de insulina rápida) y requerirá el ingreso del paciente en un centro sanitario, para la compensación de las alteraciones metabólicas que le acompañan. (Valladolid, 2011)

3.1.6.2.3. Coma hiperosmolar

Complicación grave de la DM II, sobre todo del adulto de edad avanzada. El paciente presenta inicialmente una Hiperglucemia muy importante, seguida de deshidratación y osmolaridad elevada, sin presencia de cetosis. Si continúa el proceso, provocará la aparición de alteraciones neurológicas, llegando a un estado de coma. Las causas, suelen ser la escasa ingesta de hídrica, la presencia de enfermedades que cursen con fiebre, vómitos, diarrea, traumatismos, cardiopatías.

El tratamiento requerirá ingreso hospitalario (administración de insulina, rehidratación), para actuar sobre la causa, y para la normalización de todos los parámetros. (Valladolid, 2011)

3.1.7. Educación al paciente/familia y planificación del alta

El individuo con diabetes debe recibir educación para el auto-manejo de la enfermedad si es posible. Ninguna cantidad de cuidado por parte del médico o la enfermera puede reemplazar el cuidado personal que la persona con diabetes requiere. La participación de la familia u otros allegados también es importante para el éxito y bienestar del paciente diabético. (Swearingen, 2008)

Si el paciente se hospitaliza al momento del diagnóstico, la enseñanza inicial se efectúa en el hospital. No obstante, por el acortamiento de la estancia hospitalaria no debe perderse tiempo. Empezar a valorar el conocimiento basal y la enseñanza tan pronto como el paciente se sienta físicamente bien para aprender. (Swearingen, 2008)

Cuando se den instrucciones al paciente y a su familia. Es importante centrarse en información sensible y evitar dar excesivos datos; debe iniciarse también la referencia a una enfermera domiciliaria o cuidador, quien se encargara de las instrucciones de seguimiento que sean necesarias. Preguntar acerca de los conocimientos existentes de la enfermedad durante la valoración inicial. Incluir información verbal y escrita sobre los siguientes puntos:

- Identificar los signos de alarma de hiperglucemia e hipoglucemia, así como el tratamiento y los factores que contribuyen a ambas situaciones. Recalcar la importancia de revelar todas las prácticas de medicina alternativa y complementaria que están utilizándose, porque algunas pueden afectar a la glucemia o dar lugar, posiblemente, a reacciones farmacológicas adversas. Recordar al paciente que el estrés que supone una enfermedad o infección puede incrementar las necesidades de insulina (o requerir tratamiento con insulina en una persona que normalmente se controla con antidiabéticos orales), y que un aumento del ejercicio precisará un consumo adicional de alimentos para evitar la hipoglucemia cuando no se efectúan modificaciones de la dosis de insulina en situaciones de normoglucemia. Una glucemia mayor de 250mg/dl al comienzo del ejercicio hará que éste sea un factor estresante que elevará, en lugar de disminuir, la concentración de glucosa.
- Fármacos que potencian la hiperglucemia: estrógenos, corticoides, preparados tiroideos, diuréticos, fenitoína, glucagón, y fármacos que contienen azúcar (p.ej., jarabes antitusígenos).
Fármacos que potencian la hipoglucemia: salicilatos, sulfamidas, tetraciclinas, metildopa, esteroides, anabolizantes, paracetamol, inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), etanol, haloperidol y marihuana. El propanolol y otros bloqueadores adrenérgicos beta pueden enmascarar los signos e inhibir la recuperación de una hipoglucemia.
- Importancia del ejercicio diario, el mantenimiento de un peso corporal normal y una valoración médica anual. Explicar que el ejercicio es tan importante como la alimentación en el tratamiento de la DM: disminuye los valores de

glucemia, contribuye a mantener concentraciones normales de colesterol y mejora la circulación. Estos efectos incrementan la capacidad del organismo de metabolizar la glucosa y ayudan a reducir la dosis terapéutica de insulina en la mayoría de casos. Recalcar que todo programa de ejercicio debe individualizarse (sobre todo en personas con DM tipo 1) y aplicarse de manera regular. El paciente debe ser objeto de una exploración física completa y, a continuación, se le estimulara a incorporar unas actividades de ejercicio aceptables a su rutina diaria.

- Revisión de una alimentación que sea homogénea en hidratos de carbono, baja en grasas y rica en fibra como un medio eficaz de controlar los lípidos sanguíneos, en especial, colesterol y triglicéridos. Recalcar que la alimentación es el único método de control necesario en muchas personas con DM tipo 2. Una nutrición adecuada con hidratos de carbono y calorías controlados es esencial para mantener la normogluceemia en estas personas. Los pacientes que han engordado antes de manifestar una DM tipo 2 son capaces, en ocasiones, de normalizar la glucemia adelgazando y manteniendo un peso corporal ideal.
- Mezcla de las insulinas de manera adecuada extrayendo la insulina cristalina en primer lugar, seguido de la de acción intermedia o prolongada. Los análogos de la insulina y la insulina glargina no deben mezclarse con otros preparados insulínicos.
- Rotación de los lugares de inyección, y administración de la insulina a temperatura ambiente. Facilitar un dibujo en el que se representen los posibles lugares de inyección y describir el sistema de rotación de lugares. Han de explicarse minuciosamente las complicaciones relacionadas con las inyecciones de insulina, tales como lipodistrofia, resistencia a la insulina y reacciones alérgicas.

- Recalcular la necesidad de un control cuidadoso de la glucemia como medio de disminuir el riesgo o reducir al mínimo las complicaciones a largo plazo de la DM. Aconsejar e instruir al paciente que rote los lugares tanto como sea posible para evitar la posibilidad de lesionar cualquiera de ellos.
- Importancia de un cuidado diario meticuloso de la piel, las heridas y los pies. Enseñar al paciente los pasos siguientes en el cuidado de los pies:
 - Lavar los pies a diario con un jabón suave y agua caliente; comprobar la temperatura del agua.
 - Inspeccionar los pies a diario para detectar la presencia de eritema, cambios de color o traumatismos, utilizando espejos según sea necesario para lograr una visualización adecuada.
 - Alternar entre al menos dos pares de zapato bien ajustados para evitar la posibilidad de que aparezcan puntos de presión al llevar un único par.
 - Prevenir la infección por humedad o suciedad mediante cambios de calcetines o medias a diario y el uso de mezclas de algodón o lana.
 - Utilizar hidratantes suaves para reblandecer la piel seca, evitando las zonas entre los dedos de los pies.
 - Prevenir las uñas encarnadas cortando rectas las uñas de los pies después de reblandecerlas durante el baño. Limar las uñas con una lima estéril.
 - No tratar las durezas o callos uno mismo; visitar al podólogo de manera periódica.
 - Atender cualquier lesión de los pies de inmediato y buscar atención médica para evitar posibles complicaciones.
 - No andar descalzo por casa ni al aire libre.
- Necesidad de una exploración ocular anual para la detección y tratamiento precoz de la retinopatía.
- Programación de revisiones dentales al menos cada 6 meses para ayudar a prevenir la enfermedad periodontal, un problema importante en las personas

con DM. La boca es, con frecuencia, el lugar de origen primario de infecciones de bajo grado.

- Explicar la introducción de la aguja perpendicular a la piel en lugar de un ángulo para garantizar una administración subcutánea profunda de la insulina.
- Identificación de los recursos disponibles para obtener una asistencia e información continuadas, tales como enfermeros, dietista, profesional sanitario y otras personas con DM en una unidad de atención de pacientes.

3.2. Hipertensión arterial

Para que la presión arterial (BP, *blod pressure*) sea normal, tanto la lectura sistólica como la diastólica, tomadas con el paciente en posición sedente, deben ser menores de 120/80. Si la presión sistólica es mayor de 119 mmHg o la diastólica superior a 79 mmHg, los pacientes se clasifican en la categoría de pre hipertensión o hipertensión de acuerdo con su lectura más alta. La hipertensión, que también se conoce como presión arterial alta, es una alteración en la que el promedio de por lo menos dos o más lecturas en diferentes fechas excede los niveles prehipertensivos, esto es 120 a 139 sobre 80^a 89. La incidencia de la hipertensión aumenta conforme la edad avanza. Por ello es posible ver más casos de hipertensión conforme la población envejece y su periodo de vida aumenta. (S. & Hopper , 2007)

3.2.1. Fisiopatología de la hipertensión

En condiciones normales el corazón bombea la sangre a todo el cuerpo para cubrir las necesidades celulares de oxígeno y nutrientes. A medida que bombea, el corazón empuja la sangre a través de los vasos sanguíneos. La presión que la sangre ejerce sobre las paredes de los vasos sanguíneos se mide como presión arterial. Esta presión está determinada por el gasto

cardiaco (CO, *cardiac output*), la resistencia vascular periférica (PVR, *peripheral vascular resistance*; capacidad de los vasos distenderse), la viscosidad de la sangre y la cantidad de volumen sanguíneo circulante. La disminución de la capacidad de los vasos sanguíneos para distenderse, el incremento de la viscosidad de la sangre o el aumento de volumen de líquido, o todos ellos, podrían incrementar la presión arterial. (S. & Hopper , 2007)

Varios procesos influyen en la presión arterial. Comprenden regulación del sistema nervioso, barorreceptores y quimiorreceptores arteriales, mecanismo renina-angotensina –aldosterona y equilibrio de líquidos corporales. El gasto cardiaco, esto es la cantidad de sangre que el corazón bombea cada minuto, es una determinante de la presión arterial. La frecuencia cardiaca se eleva para incrementar el gasto cardiaco en respuesta a actividad física o aspectos emocionales que demandan más oxígeno para los órganos y tejidos. La resistencia vascular periférica es decir la oposición que la sangre encuentra conforme fluye a través de los vasos, también tiene influencia en la presión arterial. El estrechamiento de los vasos sanguíneos incrementa la resistencia vascular periférica. Cuando ocurre, se requiere más presión para empujar la sangre a través del vaso y por tanto la presión arterial se eleva. Si la resistencia vascular periférica disminuye, se necesita menos presión. El incremento de la resistencia vascular periférica arteriolar es el principal mecanismo que eleva la presión arterial en la hipertensión. (S. & Hopper , 2007)

Los factores que alteran la regulación normal de la presión arterial pueden producir hipertensión. Muchos de estos factores no están bien comprendidos. La estimulación excesiva del sistema nervioso simpático, que produce vasoconstricción, puede contribuir a la hipertensión. Las alteraciones en los barorreceptores y quimiorreceptores también pueden influir en el desarrollo de hipertensión. Por ejemplo los barorreceptores pueden tornarse menos sensibles como resultado de los aumentos prolongados en la presión de los vasos y en consecuencia no estimulan la vasodilatación por medio de estiramiento de los vasos. Además, los incrementos en las hormonas que

ocasionan retención de sodio, como la aldosterona, conducen a que la retención de líquidos se incremente. Los cambios en la función renal que alteran la excreción de líquidos también dan como resultado aumento de los líquidos corporales totales que puede contribuir a la hipertensión. (S. & Hopper , 2007)

3.2.2. Hipertensión arterial primaria

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria. El término alternativo, hipertensión esencial, es menos adecuado desde un punto de vista lingüístico, ya que la palabra esencial suele denotar algo que es beneficioso para el individuo. El término “hipertensión benigna” también debe evitarse, porque la hipertensión siempre conlleva riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. El término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. Es importante identificar la pequeña cantidad de pacientes con una forma secundaria de hipertensión, porque en algunos casos existe una clara posibilidad de curación del cuadro hipertensivo. (Catells Bescós, Boscá Crespo, García Arias, & Sánchez Chaparro, 2010)

3.2.3. Hipertensión arterial secundaria

Las causas identificables de hipertensión arterial son muchas, sin embargo sólo son causa de hipertensión en el 5% de los pacientes, siendo en el 95% de los casos desconocida y catalogada como hipertensión primaria o esencial. (Catells Bescós, Boscá Crespo, García Arias, & Sánchez Chaparro, 2010)

3.2.4. Hipertensión inducida por fármacos y drogas

Es la primera causa de hipertensión secundaria. Se estima que suponen el 30% de las hipertensiones secundarias.

Sustancias esteroideas: los glucocorticoides aumentan la retención de sodio y agua, lo cual conlleva un aumento en el volumen plasmático y en el gasto cardiaco. Los 9-alfa fluorados elevan la presión arterial por estímulo del receptor de mineral corticoides y se encuentran en gran cantidad de pomadas, como las antihemorroidales; su acción es múltiple aumentando la retención de sodio y agua y las resistencias periféricas. Los anabolizantes actúan reteniendo fluidos e inhibiendo la acción de la 11-betahidroxilasa lo que conlleva un aumento de la 11-DOCA.

3.2.4.1. Anticonceptivos hormonales

Debido a su contenido estrogénico se produce un aumento de angiotensinógeno, aumentado la retención de sodio y agua y provocando vasoconstricción periférica. En algunas ocasiones, la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y progestágenos puede elevar los valores de presión arterial, aunque en la mayoría de las mujeres los reduce.

3.2.4.2. Sustancias con actividad adrenérgica

Entre estos encontramos la fenilefrina, pseudo efedrina, oximetazolina, fenilpropanolamina, etc. que se encuentran en gran número de gotas oftálmicas, inhaladores para uso nasal, anorexígenos y antigripales. (Catells Bescós, Boscá Crespo, García Arias, & Sánchez Chaparro, 2010)

3.2.5. Manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial

3.2.5.1. Clínica de la HTA esencial no complicada

La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de PA pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos a HTA como zumbidos de oídos, epistaxis o mareos, no son más frecuentes que en los sujetos normotensos. (Catells Bescós, Boscá Crespo, García Arias, & Sánchez Chaparro, 2010)

3.2.5.2. Clínica de la hipertensión arterial complicada

Las repercusiones a nivel sistémico serán las determinantes de la sintomatología en estos pacientes; así, a nivel cardíaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebrobasilar, infartos lacunares que, en conjunto, pueden desembocar en una demencia vascular y Hemorragia cerebral, cuyo principal factor etiológico es la hipertensión arterial. (Catells Bescós, Boscá Crespo, García Arias, & Sánchez Chaparro, 2010)

3.2.6. Pruebas diagnósticas

Aunque la mayoría de los hipertensos padecen hipertensión esencial, hay que tener siempre presente que, en algunas ocasiones, puede existir una causa curable de HTA, lo que nos obliga, en todos los casos, a descartar dicha etiología secundaria. De los estudios epidemiológicos poblacionales se deduce que, cuanto mayor son los niveles de presión arterial, mayor es la gravedad y la afectación de órganos diana. Esto no es totalmente exacto cuando se aplica de manera individual a cada paciente ya que los valores de presión arterial no son individualmente, un buen indicador del tipo, severidad o pronóstico del sujeto hipertenso. Posiblemente la asociación de la HTA con otros factores de riesgo, como diabetes, obesidad, resistencia insulínica o hiperlipidemia, sea la responsable de las complicaciones cardiovasculares observadas en la población hipertensa. Así, una evaluación adecuada del paciente hipertenso nos va a permitir seleccionar, de forma individual, la mejor pauta terapéutica y adecuarla al perfil de riesgo cardiovascular de cada paciente, con el claro objetivo de reducir la morbimortalidad.

(Catells Bescós, Boscá Crespo, García Arias, & Sánchez Chaparro, 2010)

3.2.7. Objetivos de la evaluación clínica

- **Confirmación del diagnóstico de HTA:** Es conveniente recordar como dijimos antes que, para el diagnóstico de HTA, se necesitan tres determinaciones de presión arterial.
- **Descartar causas de HTA secundaria:** La importancia de identificar una HTA secundaria radica en la posibilidad de eliminar la causa y, en muchas ocasiones, conseguir la curación del proceso hipertensivo, evitando los riesgos y costes que supone un tratamiento farmacológico de por vida.
- **Identificar la coexistencia de otros factores de riesgo vascular:** La importancia radica en que vamos a definir el perfil de riesgo cardiovascular del hipertenso y va a ser determinante a la hora de elegir el tratamiento, que debe ir dirigido a modificar dichos factores de forma integral.

- **Identificar la coexistencia de otras enfermedades:** Una gran parte de los pacientes hipertensos, sobre todo los mayores de 60 años, presentan otras enfermedades que pueden ser, por sí mismas o a través de su tratamiento, la causa del propio proceso hipertensivo y que van a tener gran trascendencia a la hora del control del paciente hipertenso. La existencia de un determinado proceso (p.ej. Asma) va a matizar la elección del tratamiento (evitar en este caso betabloqueantes).
- **Identificar la existencia de afectación orgánica:** Es de gran importancia evaluar si estos órganos están o no afectados ya que, en muchos casos, dicha lesión va a ser determinante en la decisión de iniciar o no un tratamiento farmacológico.

3.2.8. Factores de riesgo

Se piensa que el desarrollo de hipertensión se debe a una combinación de factores de riesgo genéticos (no modificables) y ambientales (modificables), aunque la causa aún se desconoce. Los factores de riesgo no modificables (los que no pueden cambiarse) incluyen antecedente familiar de hipertensión, edad, etnia, y diabetes mellitus. Los factores de riesgo modificables (los que pueden cambiarse) comprenden niveles de glucemia y de actividad, tabaquismo y consumo de sal y alcohol; reduciendo de peso; mejoría del plan de alimentación; incremento de la actividad física, y manejo del estrés pueden ayudar a disminuir la presión arterial. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.1. Factores de riesgo no modificables

3.2.8.1.1. Antecedentes familiares de hipertensión

La hipertensión se observa con más frecuencia entre personas con antecedentes familiares de hipertensión. De hecho estas personas tienen casi el doble riesgo de desarrollar el problema y debe alentárseles para que revisen su presión arterial con regularidad. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.1.2. Edad

Las personas envejecen de manera diferente debido a sus factores de riesgo genético y ambiental, y sus hábitos de estilo de vida. Por tanto los resultados del proceso del envejecimiento pueden reflejarse en amplias variaciones de la presión arterial entre los ancianos. Conforme una persona envejece, se acumula placa en las arterias y los vasos sanguíneos se endurecen y tornan menos elásticos, lo que hace que el corazón trabaje más para empujar la sangre a través de los vasos. Estos cambios en los vasos incrementan la cantidad de trabajo del corazón para mantener el flujo sanguíneo en circulación y en consecuencia la presión arterial aumenta. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.1.3. Raza y etnia

Presenta la hipertensión entre varios grupos étnicos. La hipertensión aún es el problema de salud más importante para los afroamericanos en Estados Unidos. Más de 5 millones de los 26 millones de afroamericanos que viven en Estados Unidos son hipertensos. Presentan los índices más altos de mortalidad y morbilidad relacionado con hipertensión a edad más temprana. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.1.4. Diabetes mellitus

Muchos adultos con diabetes mellitus también tienen hipertensión. El riesgo de desarrollar hipertensión con antecedentes familiares de diabetes y obesidad es mayor que en ausencia de tales antecedentes. Las modificaciones del estilo de vida y el cumplimiento del tratamiento son cruciales para prevenir ataques cardíacos, accidentes vasculares cerebrales, ceguera e insuficiencia renal relacionados con niveles altos de glucemia y presión arterial. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.2. Factores de riesgo modificables

El *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7), sugiere aconsejar a los pacientes con hipertensión que efectúen modificaciones del estilo de vida. Estas modificaciones incluyen reducción de peso; de un plan de alimentación; moderación del consumo dietético de sodio, cafeína y alcohol; incremento de la actividad física y cese del tabaquismo. Las modificaciones del estilo de vida a menudo se combinan con fármacos antihipertensivos para controlar el trastorno y mejorar los efectos de los medicamentos.

3.2.8.2.1. Reducción de peso

El exceso de peso corporal y la elevación de la presión arterial mantienen una relación estrecha. La reducción de peso es una de las modificaciones de estilo de vida más importantes para disminuir la presión arterial. Debe consultarse al proveedor de atención de salud y al dietista para ayudar al paciente a desarrollar un plan de reducción de peso. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.2.2. Consumo de sal

La hipertensión se relaciona con una dieta alta en sal. Los pacientes cuya presión arterial puede reducirse mediante la restricción de sodio dietético se denominan sensibles a la sal. Esta sensibilidad es en particular frecuente entre afroamericanos, ancianos e individuos con diabetes y obesidad. Los pacientes con hipertensión deben instruirse para que no agreguen sal al cocinar y no pongan sal en la mesa cuando tomen sus alimentos. Los alimentos procesados y aquellos en los que el sabor a sal es muy notable (p.ej., sopas enlatadas, jamón, tocino, nueces saladas) también deben evitarse.

3.2.8.2.3. Cafeína

La ingesta de cafeína debe limitarse porque puede intensificar la rigidez de la aorta. Esto eleva el riesgo de enfermedad cardiovascular para las personas hipertensas.

3.2.8.2.4. Ingesta de potasio, magnesio y calcio

El JNC 7 recomienda una dieta equilibrada que garantice una ingesta adecuada de estos nutrientes. Los bajos niveles de estos nutrientes pueden contribuir a los eventos cardiovasculares. Los alimentos ricos en potasio incluyen naranjas, plátanos y brócoli. El magnesio se encuentra en los vegetales verdes como las espinacas, en nueces, semillas y algunos granos enteros. La leche, el yogur y las espinacas son ricos en calcio. Siempre que sea posible, deben seleccionarse alimentos frescos en lugar de enlatados para incrementar la ingesta de estos nutrientes.

3.2.8.2.5. Consumo de alcohol

El consumo regular de tres o más copas al día puede aumentar el riesgo de hipertensión y ocasionar resistencia al tratamiento antihipertensivo. La enfermera debe aconsejar a los hipertensos que toman alcohol que consumas no más de 30 ml de alcohol al día para los varones (dos copas) y no más de 15 ml al día para las mujeres (una copa). Se considera una copa: 360 ml de cerveza, 45 ml de licor de 80 grados o 150 ml de vino (JNC7). La presión arterial puede disminuir o regresar a lo normal cuando se modifica el consumo de alcohol. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.2.6. Ejercicio

Las personas con estilos de vida sedentarios tienen mayor riesgo de hipertensión. El ejercicio ayuda a prevenir y controlar la hipertensión mediante

la pérdida de peso, la disminución de la resistencia periférica y la disminución de la grasa corporal. Cualquier persona es capaz de realizar actividad física aeróbica regular, como la caminata enérgica, durante por lo menos 30 min al día la mayoría de los días de la semana. El proveedor de atención a la salud debe evaluar a los pacientes con hipertensión antes de empezar un programa de ejercicio. (S. & Hopper , 2007)

3.2.8.2.7. Tabaquismo

El tabaquismo es un factor de riesgo principal para enfermedad cardiovascular. La presión arterial puede aumentar porque la nicotina constriñe los vasos sanguíneos. Las enfermeras deben aconsejar a los pacientes hipertensos que dejen de fumar para obtener los beneficios de reducción del riesgo cardiovascular general. Una referencia a un programa de cese de tabaquismo puede ser útil para lograr este objetivo.

3.2.9. Modificaciones de estilo de vida para la hipertensión

- Perder peso.
- Limitar el consumo de alcohol.
- Realizar ejercicio aeróbico regular.
- Disminuir la ingesta de sal.
- Incluir las necesidades diarias de potasio y calcio.
- Dejar de fumar.
- Reducir la ingesta de grasa saturada y colesterol.
- Limitar el consumo de alcohol.

3.2.10. Educación al paciente/familia y planificación del alta

Cuando se den instrucciones al paciente y a su familia, es importante centrarse en información sensible y evitar dar excesivos datos: debe iniciarse también la referencia a una enfermera domiciliaria quien se encargará de las instrucciones

de seguimiento que sean necesarias. Incluir información verbal y escrita sobre los siguientes puntos:

- Medicaciones incluyendo nombre de los fármacos, finalidad, dosis, posología, precauciones y efectos adversos potenciales. Comentar también las interacciones entre fármacos, entre fármacos y alimentos.
- Signos y síntomas que precisan atención médica inmediata: valores de la PA elevados o disminuidos (mayores de 200/100 mmHg o inferiores de 90/60 mmHg), dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, dolor torácico, disnea o síncope.
- Insistir en que la hipertensión es una enfermedad crónica que requiere tratamiento de por vida.
- Importancia de abstenerse de ingerir demasiada sal o demasiado alcohol, ya que ambos productos aumentan la PA.
- Necesidad de contar con el apoyo de la familia y de organismos exteriores.
- Si resulta indicado, el paciente debe llevar a cabo autoevaluaciones de su PA. Recordar al paciente que la determinación de la PA debe efectuarse mientras este sentado e, idealmente, siempre a la misma hora del día. Los valores deben anotarse.
- Instruir a los pacientes y cuidadores que eviten comidas congeladas y carnes frías porque muchas tienen alto contenido de sodio.
- Enseñar a los pacientes cómo leer las etiquetas que describen el contenido de grasa y sal. Si tienen una dieta de 2 a 3 g de sodio, instruirlos acerca de comer panes o cereales que contengan 200 mg o menos de sodio por ración o verduras enlatadas de 150 mg de sodio por ración.
- Las siguientes sugerencias pueden ayudar a los pacientes a disminuir el tabaquismo o abandonarlo. Usar enjuague bucal de canela al levantarse; retirar todos los ceniceros excepto uno y mantenerlo en un lugar en el que no se suele fumar; encontrar formas para mantener las manos ocupadas en los momentos que se suele tener un cigarrillo, como cuando se toma café o alcohol.

- Promover que los pacientes pongan señales de “No fumar” en su puerta para evitar ser fumadores pasivos.
- El cumplimiento con los medicamentos puede ser un reto para el anciano hipertenso. Instruirlo para que tome los medicamentos como están prescritos aun si se siente bien o experimenta efectos secundarios, los cuales deben informar: Si los medicamentos son demasiados costosos para el paciente, revisar con el médico y farmacéutico en busca de alternativas más baratas.
- aconsejar a los pacientes que salen de casa el fin de semana o de vacaciones que surtan sus medicamentos con anticipación para garantizar que no se le terminen. El médico puede hacer una prescripción para que el paciente tenga reservas de urgencia.
- Ya que muchos antihipertensivos pueden causar bradicardia, enseñar al paciente o cuidador que tome el pulso del paciente y llame a la enfermera si está por debajo de 60 o de los parámetros definidos por el médico o la institución.
- Vigilar los síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva cuando el paciente tome bloqueadores beta. Este es un efecto secundario que debe enseñarse con cuidado e informarse al médico.
- Promover que el paciente obtenga un dispositivo para medir la presión arterial. Instruir al cuidador respecto a uso adecuado y registro de fecha, hora y lectura obtenida.
- Instruir a los pacientes que se pesen cada mañana después de orinar usando la misma cantidad de ropa cada vez y que lleven un registro.

3.3. Insuficiencia Renal crónica

Consiste en una pérdida progresiva e irreversible de la función renal que se puede desarrollar en días o años y finalmente puede progresar a una Insuficiencia renal total. Antes de entrar en la etapa de IRT el paciente con IRC puede llevar una vida relativamente normal gracias a la dieta y al tratamiento del médico. La duración de este periodo varia, dependiendo de la causa de la

enfermedad renal y del grado de función renal que conserva el paciente en el momento del diagnóstico. (Swearingen, 2008)

La insuficiencia renal crónica afecta a cerca de 290 000 personas en Estados Unidos. La incidencia va en aumento. Provoca un deterioro progresivo e irreversible de la función renal en que el cuerpo es incapaz de mantener el equilibrio metabólico, líquido y electrolítico. Se presenta con disminución gradual de la función renal. El resultado es la acumulación de productos de desecho de nitrógeno en la sangre y uremia. La nefropatía crónica afecta a todos los sistemas corporales. (S. & Hopper , 2007)

3.3.1. Etiología

Las causas de insuficiencia renal crónica son numerosas; las más comunes incluyen diabetes mellitus que ocasiona nefropatía diabética, presión arterial alta crónica que provoca nefroesclerosis, glomerulonefritis y enfermedades autoinmunes. La diabetes y la hipertensión son la causa de 70 % de todas las nefropatías. (S. & Hopper , 2007)

3.3.2. Fisiopatología

Cuando una gran proporción de nefronas se daña o destruye debido a nefropatía crónica, ocurre insuficiencia renal. Conforme mueren las nefronas, las que no están dañadas aumentan su capacidad de funcionamiento y suplen a las nefronas muertas, por lo que el paciente puede sufrir daño renal.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva. En la etapa temprana o silenciosa (disminución de la reserva), el paciente por lo general no tiene síntomas, aunque haya perdido hasta 50 % de la función de la nefrona. Esta etapa con frecuencia no se diagnostica.

La etapa de insuficiencia renal se presenta cuando el paciente ha perdido 75% de la función de la nefrona y advierte algunos signos de insuficiencia renal leve. Es factible que se presente anemia e incapacidad para concentrar la orina. El BUN y las concentraciones de creatinina están ligeramente elevados. Estos pacientes tienen el riesgo de daño adicional causado por infección, deshidratación, medicamentos, insuficiencia cardíaca y uso de tinciones para diagnóstico. El objetivo del cuidado es prevenir el daño adicional, si es posible, mediante el control de las concentraciones de azúcar en sangre y de la presión arterial.

La nefropatía en etapa terminal (ESRD) ocurre cuando se pierde 90% de las nefronas. Los pacientes en esta etapa sufren función renal anormal persistente y crónica. El BUN y las concentraciones de creatinina están siempre elevados. Estos sujetos pueden producir orina, pero no filtrar los productos de desecho, o puede cesar la producción de orina. Se requiere diálisis o trasplante de riñón para la supervivencia.

La uremia (urea en sangre) está presente en la insuficiencia renal crónica. A largo plazo, los pacientes desarrollan problemas en todos los sistemas corporales. Si no se trata, el paciente con uremia muere, a menudo en unas cuantas semanas. (S. & Hopper , 2007)

3.3.3. Educación al paciente / familia y planificación del alta

Cuando se den instrucciones al paciente y a su familia. Es importante centrarse en información sensible y evitar dar excesivos dato; debe iniciarse también la referencia a una enfermera domiciliaria, quien se encargara de las instrucciones de seguimiento que sean necesarias. Incluir información verbal y escrita sobre los siguientes puntos:

- Medicaciones: incluyendo el nombre de los fármacos, finalidad, dosis, posología, precauciones y efectos adversos potenciales. Comentar también

las interacciones entre fármacos, entre fármacos y plantas medicinales, y entre fármacos y alimentos.

- Dieta: incluir una hoja informativa con un listado de los alimentos cuyo consumo debe evitarse o limitarse. Informar al paciente de que las restricciones dietéticas y de aporte de líquidos pueden variar a medida de que se deteriora la función renal. Proporcionar ejemplos de menús y hacer que el paciente prepare una lista con los 3 menús de 3 días, en los que incorpore las restricciones dietéticas que se le han impuesto.
- Signos y síntomas que precisan atención médica: pulso irregular, fiebre, disnea no habitual o edema, cambios súbitos en la producción de orina y debilidad muscular inusual.
- Necesidad de seguimiento médico continuado; confirmar la fecha y la hora de la siguiente visita al médico tratante.
- Importancia de evitar las infecciones y de buscar tratamiento rápidamente si se producen. Enseñar al paciente cuales son los indicadores de las infecciones más frecuentes, incluyendo infección de las vías respiratorias altas, infecciones del tracto urinario (ITU), impétigo y otitis media.
- Números de teléfono a los que puede llamar si se le presentan más dudas o preocupaciones sobre el tratamiento o el proceso patológico después de haber recibido el alta hospitalaria
- Importancia de evitar las infecciones y de buscar tratamiento rápidamente si se producen. Enseñar al paciente cuáles son los indicadores de las infecciones más frecuentes, incluyendo infección de las vías respiratorias altas, infecciones del tracto urinario (ITU), impétigo y otitis media.
- Números de teléfono a los que puede llamar si se le presentan más dudas o preocupaciones sobre el tratamiento o el proceso patológico después de haber recibido el alta hospitalaria

3.4. Infección de vías urinarias (IVU)

Infecciones de las vías urinarias es un término general que se refiere a la invasión de vías urinarias por bacterias. Por lo general, las vías urinarias son

estériles más arriba de la uretra. La infección de las vías urinarias es la segunda enfermedad bacteriana más común, y más de 100 000 personas son hospitalizadas en Estados Unidos debido a este trastorno. También son las infecciones intrahospitalarias más comunes. Las infecciones de vías urinarias se describen a partir de su localización anatómica. Las de vías urinarias inferiores incluyen pielonefritis y uretritis. Pueden dar por resultado insuficiencia renal crónica, septicemia o daño al riñón. (S. & Hopper , 2007)

La frecuencia de IVU es mayor en las mujeres que en los hombres, porque su uretra es más corta y está más cerca de la zona anal y vaginal (Information for your Family Doctor, 2008). Las IVU son el tipo más frecuente de infección nosocomial en los centros de larga estancia. La mayoría se deben a bacterias comunes del entorno intestinal (p.ej., *Escherichia coli*, que colonizan la zona perineal y se desplazan hacia la uretra, en especial si hay un traumatismo, irritación o manipulación de la zona. Los profesionales de enfermería tienen que dar instrucciones a las mujeres que han tenido IVU sobre la prevención de la recidiva. (J. & Snyder, 2013)

Las infecciones de vías urinarias son causadas por microorganismos patógenos en el aparato urinario (que en condiciones normales es estéril por arriba de la uretra). Las IVU por lo general se clasifican como de vías urinarias altas o bajas, y de forma adicional como no complicadas con base en otros trastornos relacionados del paciente. (Smeltzer , Bare , Hinkle, & Cheever , 2013)

3.4.1. Clasificación de las infecciones de las vías urinarias

Las infecciones de las vías urinarias (IVU) se clasifican por su localización: de vías urinarias bajas (que incluyen la vejiga y las estructuras por debajo de ella) o de vías urinarias altas (que incluyen riñones y uréteres). También pueden clasificarse como IVU complicadas o no complicadas. (Smeltzer , Bare , Hinkle, & Cheever , 2013)

3.4.1.1. IVU bajas

Cistitis, prostatitis, uretritis

3.4.1.2. IVU altas

Pielonefritis aguda, pielonefritis crónica, absceso renal, nefritis intersticial, absceso perirrenal.

3.4.1.3. IVU bajas o altas no complicadas

Infecciones contraídas en la comunidad; frecuentes en mujeres jóvenes y no suelen ser recurrentes.

3.4.1.4. IVU bajas o altas complicadas

A menudo nosocomiales (adquiridas en el hospital) y relacionadas con sondeos; se observan en pacientes con anomalías urológicas, embarazo inmunosupresión, diabetes mellitus y obstrucciones y con frecuencia son recurrentes. (Smeltzer , Bare , Hinkle, & Cheever , 2013)

3.4.2. Fisiopatología

Para que una infección tenga lugar, las bacterias deben acceder a la vejiga, adherirse al epitelio de las vías urinarias y colonizarlo para evitar ser eliminadas por arrastre con la micción, evadir los mecanismos de defensa del hospedador e iniciar la inflamación. Muchas IVU se deben a microorganismos fecales que ascienden desde el perineo a la uretra y la vejiga, y después se adhieren a las superficies mucosas. (Smeltzer , Bare , Hinkle, & Cheever , 2013)

Factores predisponentes para infecciones de las vías urinarias

Las infecciones de vías urinarias casi siempre se deben a infección ascendente que empieza en el meato urinario externo y progresa hacia la vejiga y riñones. La mayor parte de las UTI son ocasionadas por la bacteria *Escherichia coli*, que se encuentra por lo común en las heces. Los factores predisponentes para UTI incluyen:

- Estasis de orina en la vejiga ocasionada por obstrucción (como un catéter pinzado) o simplemente por no orinar con la frecuencia suficiente. La orina sobredistiende la vejiga, lo que disminuye la provisión de sangre a su pared e impide a los leucocitos (WBC) combatir la contaminación que puede haber en la vejiga. La orina estancada sirve entonces como medio de cultivo para el crecimiento bacteriano. El vaciamiento incompleto de la vejiga impide la eliminación de bacterias y propicia que asciendan a estructuras más elevadas.
- La contaminación en las áreas perineal y uretral puede deberse a suciedad fecal, relaciones sexuales en que las bacterias son introducidas en el meato urinario, o infección local como vaginitis, epididimitis o prostatitis.
- Instrumentación o inserción de sondas en el meato urinario. La causa más común es la cateterización urinaria. Las bacterias ascienden alrededor o por dentro del catéter, y causan infección. La colonización bacteriana empieza en las 48 h siguientes a la inserción del catéter. Muchos pacientes desarrollan UTI en las dos semanas siguientes a la colocación de un catéter permanente.
- Reflujo de orina de la uretra hacia la vejiga o de la vejiga hacia la uretra, a causa de válvulas defectuosas que no pueden mantener el flujo en una dirección. El reflujo puede ser congénito o adquirido como resultado de infecciones previas.
- Se cree que las IVU previas producen un depósito de bacterias persistentes que causan reinfección.

- Las mujeres son más sensibles que los varones, por la corta extensión de la uretra femenina y la proximidad al ano y la vagina. Las embarazadas pueden tener bacteriuria asintomática; si no se tratan, 40 a 50 % desarrollará pielonefritis. Este grupo puede ser propenso a infección con estreptococo del grupo B; la infección suele ocurrir en el segundo y tercer trimestres.

Los adultos mayores tienen incidencia incrementada de UTI debido a la disminución de la respuesta inmunitaria, diabetes y vejiga neurogenica. El envejecimiento aumenta el riesgo de UTI inferiores y también puede enmascarar los síntomas. La UTI es la causa más común de septicemia bacteriana aguda en pacientes de más de 65 años. Los varones mayores están predispuestos a infección debido a que el crecimiento de la próstata causa obstrucción del flujo urinario. En mujeres mayores, la disminución del estrógeno puede contribuir al riesgo de UTI. (S. & Hopper , 2007)

3.4.3. Invasión bacteriana de las vías urinarias

El incremento de la descamación normal lenta de las células epiteliales vesicales (con el arrastre resultante de las bacterias) posibilita que la vejiga elimine grandes cifras de microorganismos. Los glucosaminoglucanos (GAG), proteínas hidrófilas, ejercen de ordinario un efecto protector no adherente contra diversas bacterias.

Las moléculas de GAG atraen moléculas de agua y forman una barrera acuosa que sirve como capa defensiva entre la vejiga y la orina. Ciertos agentes (ciclamoto, sacarina, aspartamo y metabolitos de triptófano) pueden alterar los GAG. La flora bacteriana normal de la vagina y la uretra también interfiere con la adherencia de *Escherichia coli*. En ocasiones la inmunoglobulina A (IgA) urinaria de la uretra también provee una barrera contra las bacterias. (Smeltzer , Bare , Hinkle, & Cheever , 2013)

3.4.4. Reflujo

Una obstrucción al flujo libre de orina es un trastorno que se conoce como reflujo uterovesical, que corresponde al paso de la orina de la uretra a la vejiga. La presión de la vejiga aumenta con la tos, los estornudos o el pujo y es posible que esto fuerce orina desde ella hacia la uretra. Cuando la presión retorna a lo normal, la orina fluye de regreso a la vejiga, lo que conduce bacterias de las porciones de la uretra a la vejiga. La disfunción del cuello de la vejiga o la uretra también causa reflujo uretrovesical. El ángulo uretrovesical y la presión de cierre ureteral pueden alterarse en la menopausia, lo que incrementa la incidencia de infecciones en las mujeres posmenopáusicas. El reflujo se observa más a menudo en niños pequeños y el tratamiento depende de su intensidad. (Smeltzer , Bare , Hinkle, & Cheever , 2013)

3.4.5. Bacterias uropatógenas

Bacteriuria se define en general como la presencia de más de 10^5 colonias de bacterias por mililitro de orina. Puesto que las muestras de orina (sobre todo de mujeres) suelen estar contaminadas por las bacterias normalmente presentes en la región uretral, una cifra de bacterias de bacterias mayor a de 10^5 colonias/mL de orina obtenida del chorro medio en condiciones asépticas es el parámetro que distingue la bacteriuria real de la contaminación. (Smeltzer , Bare , Hinkle, & Cheever , 2013)

3.4.6. Educación al paciente

3.4.6.1. Higiene

- Bañarse en regadera más que tina porque las bacterias de ésta pueden ingresar a la uretra.
- Después de cada evacuación intestinal, limpiar el perineo y el meato uretral de delante a atrás. Esto ayuda a disminuir la concentración de

microorganismos patógenos en la abertura uretral y, en las mujeres, en la abertura vaginal.

3.4.6.2. Ingesta de líquidos

- Beber cantidades liberales de líquidos al día para eliminar bacterias por irrigación.
- Evitar café, té, refrescos de cola, alcohol y otros líquidos que son irritantes de vías urinarias.

3.4.6.3. Hábitos miccionales

Orinar cada 2 a 3 h durante el día y vaciar por completo la vejiga. Esto previene la sobredistensión y la afeción del riego sanguíneo de la pared vesical. Ambas predisponen al paciente a IVU. Las precauciones expresas para mujeres incluyen orinar de inmediato después del coito.

3.4.7. Tratamiento

- Tomar los medicamentos justo como se prescriben. Puede requerirse una hora especial para la administración.
- Si las bacterias continúan apareciendo en la orina, puede requerirse tratamiento antimicrobiano a largo plazo para prevenir la colonización del área periuretral y la recurrencia de la infección.
- Para infecciones recurrentes, considerar la acidificación de la orina con ácido ascórbico (vitamina C), 100 mg diarios, o jugo de arándano.
- Si se prescribe, prueba urinaria para la presencia de bacterias siguiendo las instrucciones del fabricante y el proveedor de la salud.
- Notificar al proveedor de atención primaria si hay fiebre o los signos y síntomas persisten.
- Consultar al proveedor de atención primaria con regularidad para el seguimiento.

3.4.8. Factores predisponentes para infecciones de las vías urinarias

Las infecciones de vías urinarias casi siempre se deben a infección ascendente que empieza en el meato urinario externo y progresa hacia la vejiga y riñones. La mayor parte de las UTI son ocasionadas por la bacteria *Escherichia coli*, que se encuentra por lo común en las heces. Los factores predisponentes para UTI incluyen:

- Estasis de orina en la vejiga ocasionada por obstrucción (como un catéter pinzado) o simplemente por no orinar con la frecuencia suficiente. La orina sobredistiende la vejiga, lo que disminuye la provisión de sangre a su pared e impide a los leucocitos (WBC) combatir la contaminación que puede haber en la vejiga. La orina estancada sirve entonces como medio de cultivo para el crecimiento bacteriano. El vaciamiento incompleto de la vejiga impide la eliminación de bacterias y propicia que asciendan a estructuras más elevadas.
- La contaminación en las áreas perineal y uretral puede deberse a suciedad fecal, relaciones sexuales en que las bacterias son introducidas en el meato urinario, o infección local como vaginitis, epididimitis o prostatitis.
- Instrumentación o inserción de sondas en el meato urinario. La causa más común es la cateterización urinaria. Las bacterias ascienden alrededor o por dentro del catéter, y causan infección. La colonización bacteriana empieza en las 48 h siguientes a la inserción del catéter. Muchos pacientes desarrollan UTI en las dos semanas siguientes a la colocación de un catéter permanente.
- Reflujo de orina de la uretra hacia la vejiga o de la vejiga hacia la uretra, a causa de válvulas defectuosas que no pueden mantener el flujo en una dirección. El reflujo puede ser congénito o adquirido como resultado de infecciones previas.
- Se cree que las UTI previas producen un depósito de bacterias persistentes que causan reinfección.
- Las mujeres son más sensibles que los varones, por la corta extensión de la uretra femenina y la proximidad al ano y la vagina. Las embarazadas pueden

tener bacteriuria asintomática; si no se tratan, 40 a 50 % desarrollará pielonefritis. Este grupo puede ser propenso a infección con estreptococo del grupo B; la infección suele ocurrir en el segundo y tercer trimestres.

Los adultos mayores tienen incidencia incrementada de UTI debido a la disminución de la respuesta inmunitaria, diabetes y vejiga neurogenica. El envejecimiento aumenta el riesgo de UTI inferiores y también puede enmascarar los síntomas. La UTI es la causa más común de septicemia bacteriana aguda en pacientes de más de 65 años. Los varones mayores están predispuestos a infección debido a que el crecimiento de la próstata causa obstrucción del flujo urinario. En mujeres mayores, la disminución del estrógeno puede contribuir al riesgo de UTI. (Armario García, 2011)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo y enfoque de la investigación

Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal.

“La investigación descriptiva consiste en la exploración y descripción de los fenómenos en las situaciones de la vida real.” (Burns & Grove, 2004, p. 29)

“La investigación cuantitativa es un proceso formal, objetivo, riguroso y sistemático para generar información sobre el mundo (...) se realiza para describir nuevas situaciones, sucesos o conceptos del mundo.” (Burns & Grove, 2004, p. 29)

Según el inicio de estudio en relación cronología, una investigación puede ser prospectiva o retrospectiva; en un estudio prospectivo “los datos se recogen a medida que van sucediendo.” (Martínez García, 2011)

En un estudio transversal “no hay seguimiento, las variables se miden una sola vez.” (Martínez García, 2011)

3.2. Población

Pacientes dados de alta en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, periodo de diciembre 2013 a enero 2014.

3.3. Muestra

Se realizará quince visitas en el periodo diciembre 2013 a enero 2014, para ejecutar las encuestas a los pacientes con indicación de alta médica. El número total de muestra dependerá del número de altas que existan en esos días.

3.4. Criterio muestra

CRITERIOS	
INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Área de Medicina Interna.• Pacientes con alta médica. • Pacientes con egreso a sus hogares.	<ul style="list-style-type: none">• Otra área médica.• Pacientes que siguen con tratamiento respectivo a nivel hospitalario.• Pacientes con egreso a otra área o a otra institución.

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
POBLACIÓN INVESTIGADA PACIENTES DE MEDICINA INTERNA DEL HEE	Caracterización de la población	Edad Sexo Diagnóstico Días estada	Cuantitativa discreta Cualitativo Cualitativo Cuantitativa discreta	Encuesta Identificación
DEPENDIENTE: EDUCACION AL EGRESO DEL PACIENTE	Educación de la enfermera: Verbal Escrita	Existe Conocimiento cuidados post hospitalarios por parte de: enfermeras,	Cualitativa	Encuesta Si / No - Encuesta Pacientes, preguntas cerradas

		médicos, auxiliares, otros profesionales - Alimentación o dieta - Prevención o cuidados - Cuidados de úlceras por presión. - Medicación - Higiene - Futuras citas médicas - Toma signos vitales - Ejercicio - Actividades diarias de rutina - Medición glucosa - Toma PA - Curación de heridas		
	Educación a la	Existe		Encuesta

	familia o cuidador	<p>Conocimiento cuidados post hospitalarios por parte de: enfermeras, médicos, auxiliares, otros profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación o dieta - Prevención o cuidados - Cuidados de úlceras por presión. - Medicación - Higiene - Futuras citas médicas - Toma signos vitales - Ejercicio - Actividades diarias de rutina - Medición glucosa - Toma PA - Curación de heridas 		Si / No - Encuesta Pacientes, preguntas cerradas
--	--------------------	--	--	--

		- Mecánica corporal		
INDEPENDIENTE: CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EGRESO	Protocolo egreso paciente, se cumple si es suficiente la educación al egreso del paciente.	Cumplió con las recomendaciones, recibidas la última vez. Por qué	Cualitativa	Encuesta: cuestionario preguntas cerradas Si o no, cumplió el paciente las últimas indicaciones/ pregunta abierta
		Reincidencia de pacientes al servicio de hospitalización. Por qué	Cualitativa	Si o no , por qué pregunta abierta

3.6. Técnicas e instrumentos

Encuesta: Dirigida a los pacientes que en los días de investigación egresan de la unidad a sus hogares. El instrumento será el cuestionario elaborado con preguntas abiertas que permitirá conocer los criterios sobre el problema investigado.

3.7. Validez y confiabilidad

La validez de los instrumentos estará dado por el “Comité de Validación de la Escuela de Enfermería”, mientras que la confiabilidad se lo hará a través de una prueba piloto a una población pequeña para detectar posibles errores y corregirlos a tiempo antes de su aplicación definitiva.

3.8. Plan para el procesamiento de la información

- Revisión crítica de la información recogida; es decir, limpieza de información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro con cruce de variables, etc.
- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis).
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

3.9. Análisis e interpretación de resultados

- Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.

- Interpretación de los resultados, con el apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente; es decir atribución de significado científico a los resultados estadísticos manejando las categorías correspondientes del Marco Teórico.
- Comprobación de hipótesis. Para la verificación estadística conviene seguir la asesoría de un especialista. Hay niveles de investigación que no requieren hipótesis: exploratorio y descriptivo. Si se verifica la hipótesis en los niveles de asociación entre variables y explicativo.

3.10. Resultados

Tabla 7. Edad pacientes encuestados

EDAD	#	%
< - 29	1	6
30 - 39	1	6
40 - 49	3	16
50 - 59	2	11
60 - 69	1	6
69 - >	10	55
TOTAL	18	100

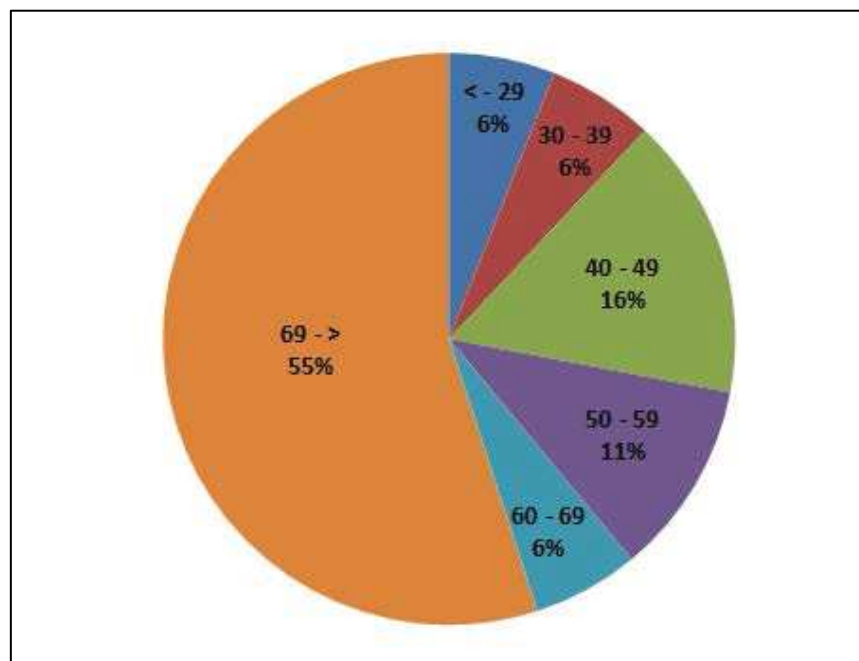


Figura 5. Rangos de edad de pacientes en el área de Medicina Interna del hospital pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Con éste gráfico se observa que el 55% de los pacientes que ingresan al área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez tienen una edad mayor a 69 años, esto quiere decir, que hay una población alta de pacientes adultos mayores. Ya conocemos que las enfermeras deben hacer hincapié en la educación sanitaria a pacientes geriátricos, para ayudar a mejorar o conservar la calidad de vida.

Para la Comisión Independiente sobre Población y Calidad de Vida (ONU), la Calidad de Vida “se funda en el gozo tranquilo y seguro de la salud y de la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre los sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la igualdad y de la seguridad. Cada uno de estos elementos es importante en sí mismo, y la ausencia de uno solo de éstos puede alterar el sentimiento subjetivo de calidad de vida-”. (1999).

Hay que tener tino en la educación a ancianos, Laura Barbero Miguel nos recuerda que en el envejecimiento la memoria a corto plazo tiende a disminuir y la memoria a largo plazo se conserva, además de que es característico que “los individuos se vuelvan más inseguros ante los cambios y necesiten establecer rutinas diarias para superar esta inseguridad.

(Barbero Miguel, 2012)

Tabla 8. Sexo de pacientes encuestados

SEXO	#	%
Femenino	14	78
Masculino	4	22
TOTAL	18	100

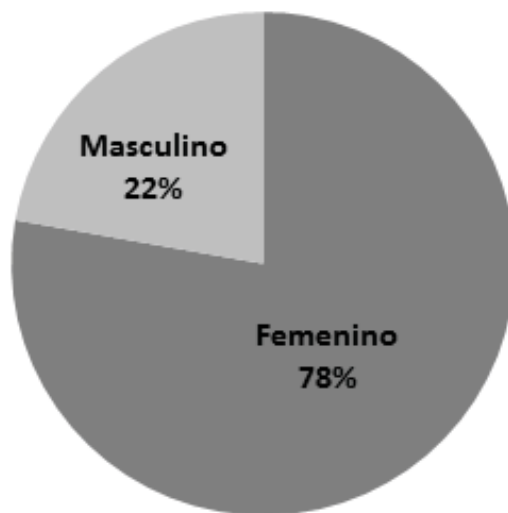


Figura 6. Clasificación de pacientes por género en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Con éste gráfico se observa que al área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez ingresan con más del 50% personas del sexo femenino.

Las enfermeras deben dar más tiempo a los pacientes de género masculino, ya que se dice que “los hombres acuden tarde en busca de atención sanitaria, además de tener más conductas insalubres”.

Tabla 9. Rangos de días estadía de pacientes encuestados

DÍAS ESTADÍA	#	%
1 – 10	10	55
11 – 20	4	22
21 – 30	1	6
31 – >	3	17
TOTAL	18	100

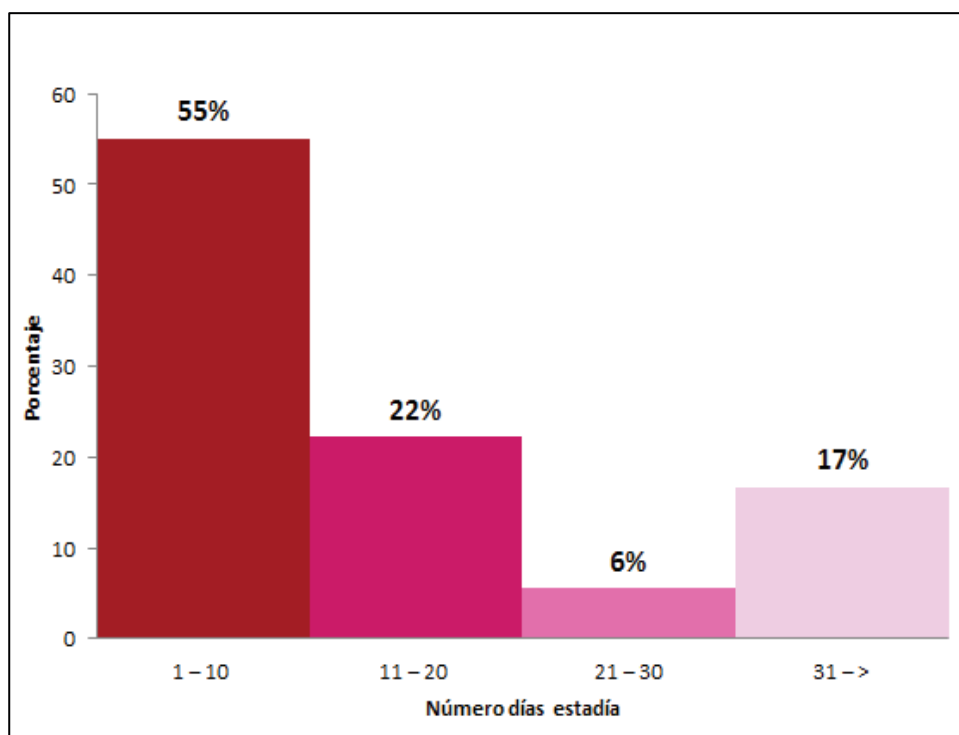


Figura 7. Rangos de días estadía de los pacientes en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Con éste gráfico se observa que un buen número de pacientes que ingresan al área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez permanecen un tiempo prolongado hospitalizados, período mayor de una semana.

Esta situación llama bastante la atención, ya que impacta que la educación sanitaria es deficiente teniéndose un mayor tiempo para este fin.

Tabla 10. Condición neurológica para responder preguntas de los pacientes encuestados

CONDICIÓN	#	%
Puede	12	67
No puede	6	33
TOTAL	18	100

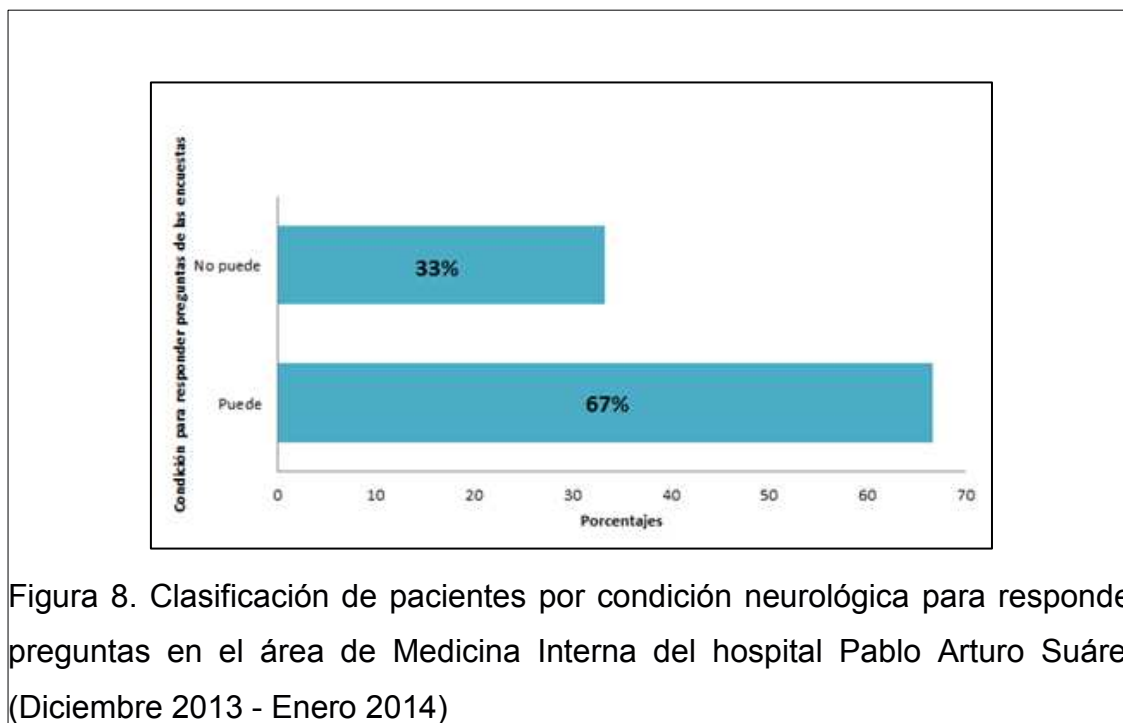


Figura 8. Clasificación de pacientes por condición neurológica para responder preguntas en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Con éste gráfico se observa que el 33% de los pacientes encuestados que ingresan al área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez tienen un deterioro neurológico, por tanto, requieren de un familiar o cuidador para suplir el déficit de autocuidado, la enfermera debe tener presente esta condición para

saber cómo impartir la educación, ya que la enseñanza en estas situaciones también debe ser compartida con familiares y/o cuidadores.

En España se ejerce la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia), que como criterio de Dependencia afirma que es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. (Fernández de Tuero, 2010, p. 8)

Tabla 11. Porcentaje de pacientes que recibieron educación

RESPUESTA	#	%
SI	12	12
NO	6	6
NO APLICA	0	0
TOTAL	18	100

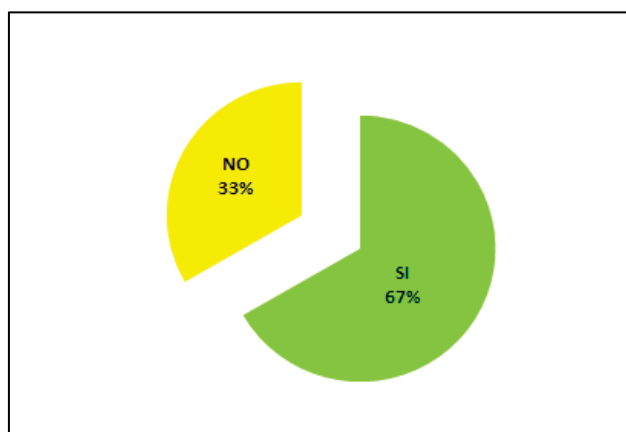


Figura 9. Pacientes que recibieron educación sobre alimentación en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Se observa con éste gráfico que el 33% de los pacientes encuestados en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez no tienen una educación sobre el tipo de dieta o alimentación que deberá seguirse en el hogar.

“Los nutrientes son sustancias orgánicas e inorgánicas que componen los alimentos y que son necesarias para el correcto funcionamiento del organismo, así como para el crecimiento y mantenimiento e los tejidos corporales”. (Fernández de Tuero, 2010, p. 49)

Se constató que a los pacientes con diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial u obesidad se les realiza una interconsulta con el nutricionista antes de egresar del hospital.

La alimentación es un factor importante para la recuperación, la enfermera y el nutricionista deben dar educación, en este aspecto si se cumple la educación (67%), a pesar de no ser parte del protocolo de atención de enfermería, sino del nutricionista.

Tabla 12. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre prevención o cuidados de úlceras por presión

RESPUESTA	#	%
SI	0	0
NO	6	33
NO APLICA	12	67
TOTAL	18	100

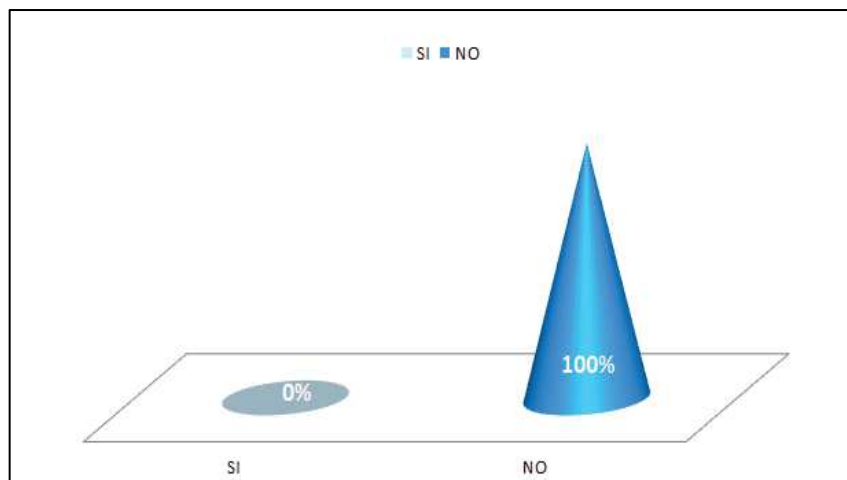


Figura 10. Pacientes que recibieron educación sobre cuidados y prevención de úlceras por presión en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Se pudo constatar que este grupo de pacientes por su estado patológico y condición neurológica presentaban úlceras por presión (UPP) y los familiares de estos pacientes desconocían el tipo de cuidados que requerían llevar.

“La aparición de lesiones, erosiones y úlceras por presión es debido a la falta de circulación sanguínea, y con ello la falta de oxigenación y nutrientes que la piel necesita, por un aumento de la presión”. (Fernández de tuero, 2010, p. 126)

En su evolución las úlceras por presión pueden presentar las siguientes complicaciones: infección local, sepsis, úlcera de Marjolin (úlcera con más de veinte años de evolución) y catabolismo. (Arias, Aller, Arias, & Lorente, 1999)

Tabla 13. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre medicación

RESPUESTA	#	%
SI	12	67
NO	6	33
NO APLICA	0	0
TOTAL	18	100

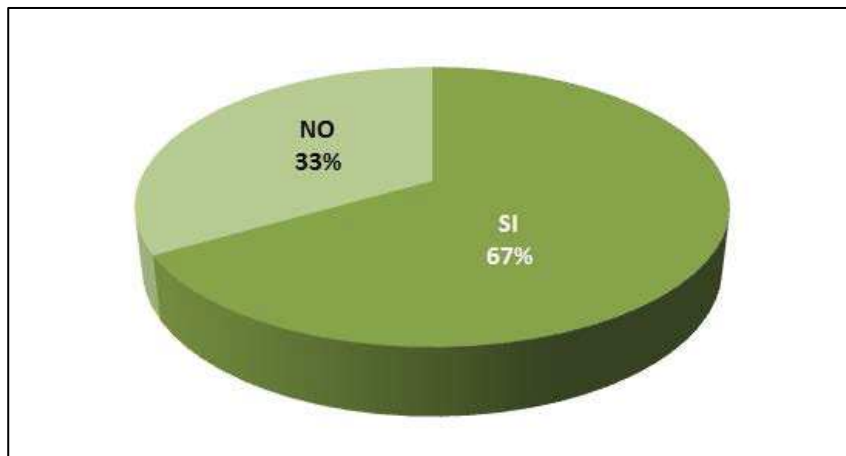


Figura 11. Pacientes que recibieron educación sobre medicación en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Con éste gráfico se puede tener noción del número de pacientes que egresan a sus hogares sin una educación u orientación sobre la medicación prescrita por el médico, se observa que es el 33% de los pacientes encuestados, del área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (diciembre2013 - enero 2014).

Al momento de realizar las encuestas se percibió en los pacientes inquietud sobre la medicación; teniendo dudas de la dosis, horario y función de los distintos fármacos.

Las intoxicaciones medicamentosas pueden ser causa de la entrada en el organismo de fármacos en una dosis más elevada de la habitual o de la pauta por el equipo médico, de la prolongación de un tratamiento durante más tiempo del prescrito o, incluso, del exceso de un fármaco en el torrente sanguíneo debido a problemas hepáticos o renales que impiden su correcta eliminación. (Barbero Miguel, Higiene y atención sanitaria domiciliaria. Observación funcional y asistencia sanitaria para el usuario de ayuda a domicilio, 2012, p.433)

Tabla 14. Porcentajes de pacientes que recibieron educación sobre aseo personal

RESPUESTA	#	%
SI	6	33
NO	12	67
NO APLICA	0	0
TOTAL	18	100

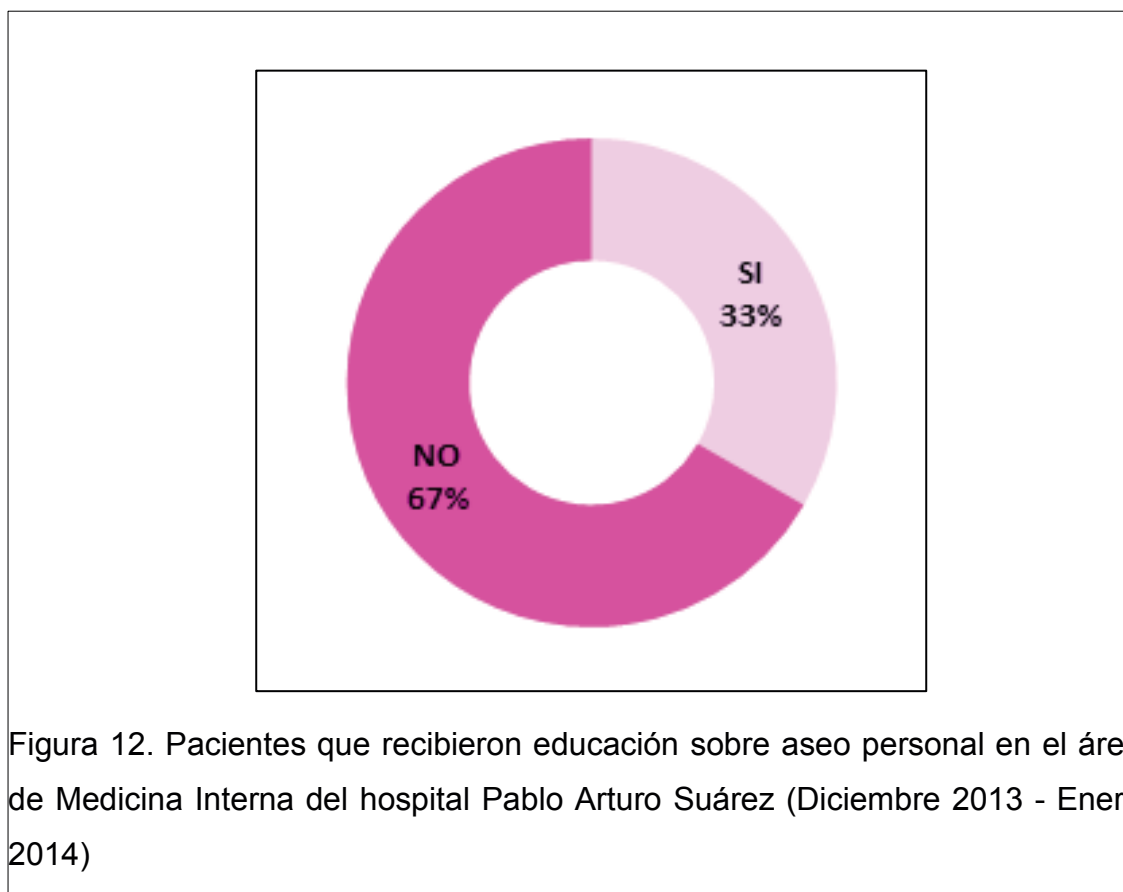


Figura 12. Pacientes que recibieron educación sobre aseo personal en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Con éste gráfico se observa que el 67% de los pacientes encuestados, del área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (diciembre2013 - enero 2014), no recibieron orientación sobre cuidados y aseo personal.

Los pacientes egresan a sus hogares inmunodeprimidos y el saneamiento inadecuado puede causar varias patologías, así parezca exagerado se debe

recordar a los pacientes y familiares que se puede prevenir enfermedades e infecciones manteniéndose limpio, al igual que su entorno.

“La higiene es una cuestión personal que está determinada por los valores y prácticas individuales, que una persona va adquiriendo a lo largo de su vida” (Barbero Miguel, 2012, p. 433)

Tabla 15. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre futura cita médica

RESPUESTA	#	%
SI	10	56
NO	8	44
NO APLICA	0	0
TOTAL	18	100

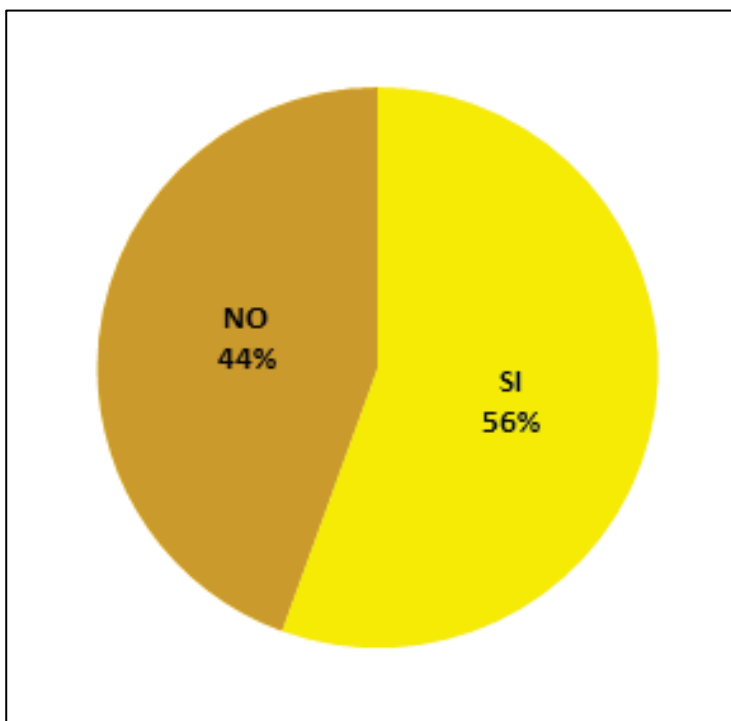


Figura 13. Pacientes que recibieron educación sobre la futura cita médica en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Con éste gráfico se observa que el 44% de los pacientes encuestados, del área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (diciembre2013 - enero 2014), no recibieron orientación sobre la próxima cita médica.

Al momento de ser encuestados los pacientes, se pudo denotar claramente que ellos no creían importante este tipo de educación, ya que afirmaban que “ellos ya se sentían mejores y que irían a consulta con el médico cuando se vuelvan a sentir mal”.

Tabla 16. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre ejercicios físicos

RESPUESTA	#	%
SI	6	33
NO	12	67
NO APLICA	0	0
TOTAL	18	100

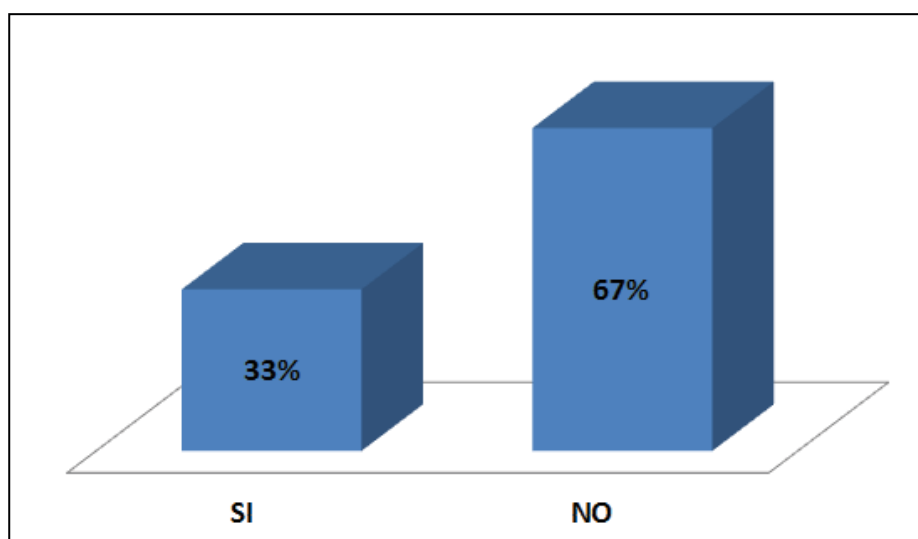


Figura 14. Pacientes que recibieron educación sobre ejercicios físicos en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

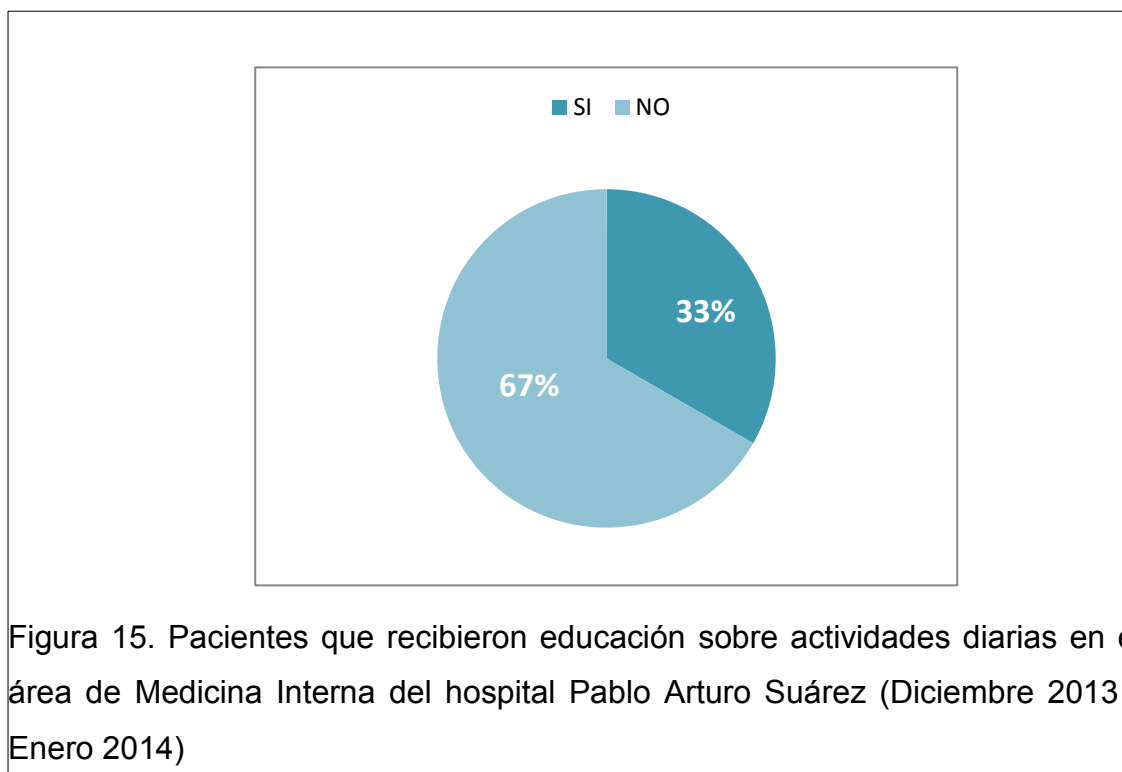
Con éste gráfico se puede observar que el 67% de los pacientes encuestados, del área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (diciembre2013 - enero 2014), no recibieron orientación sobre reposo y ejercicios en el hogar.

“El ejercicio físico, es el conjunto de las acciones motoras que realiza el cuerpo humano para prevenir, resolver o mantener un problema motor. Para poder realizar estas acciones motoras necesitamos cualidades como la flexibilidad, la fuerza, el equilibrio, la coordinación y la resistencia”. (Barbero Miguel, 2012, p. 116)

El reposo y los ejercicios son esenciales para la recuperación, pero se debe conocer cómo y cuándo ejecutarlos; el ejercitarse tiene beneficios como: conservar el movimiento, fomentar la buena respiración y fortalecer la musculación.

Tabla 17. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre actividades diarias

RESPUESTA	#	%
SI	6	33
NO	12	67
NO APLICA	0	0
TOTAL	18	100



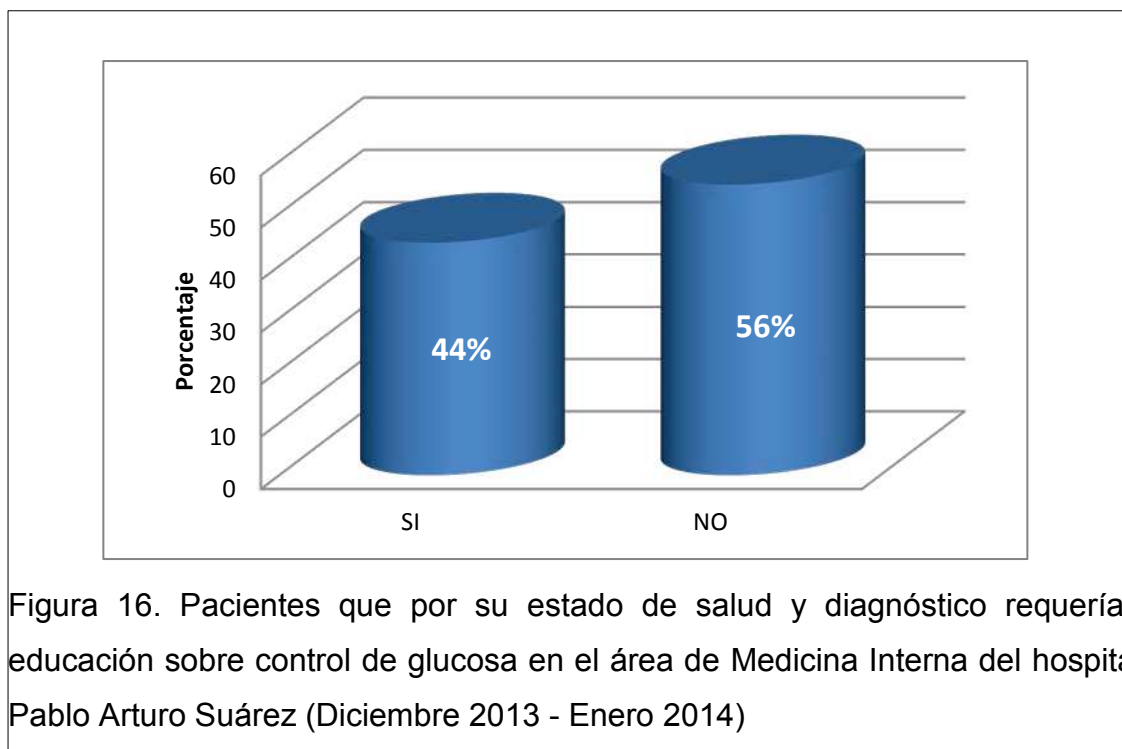
Con éste gráfico, se observa que el 67% de los pacientes encuestados, del área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (diciembre 2013 - enero 2014), no recibieron orientación sobre el tipo de actividades que si pueden realizar en sus hogares.

Los pacientes deberían conocer cómo realizar las actividades frecuentes, para la reinserción a la vida diaria sin que tengan complicaciones patológicas, mejore su autoestima y se fomente el autocuidado.

Tabla 18. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre control de glucosa

RESPUESTA	#	%
SI	4	44
NO	5	56
TOTAL	9	100

No se incluyó los pacientes que no ameritaban éste tipo de educación para tener una mayor noción de la realidad.

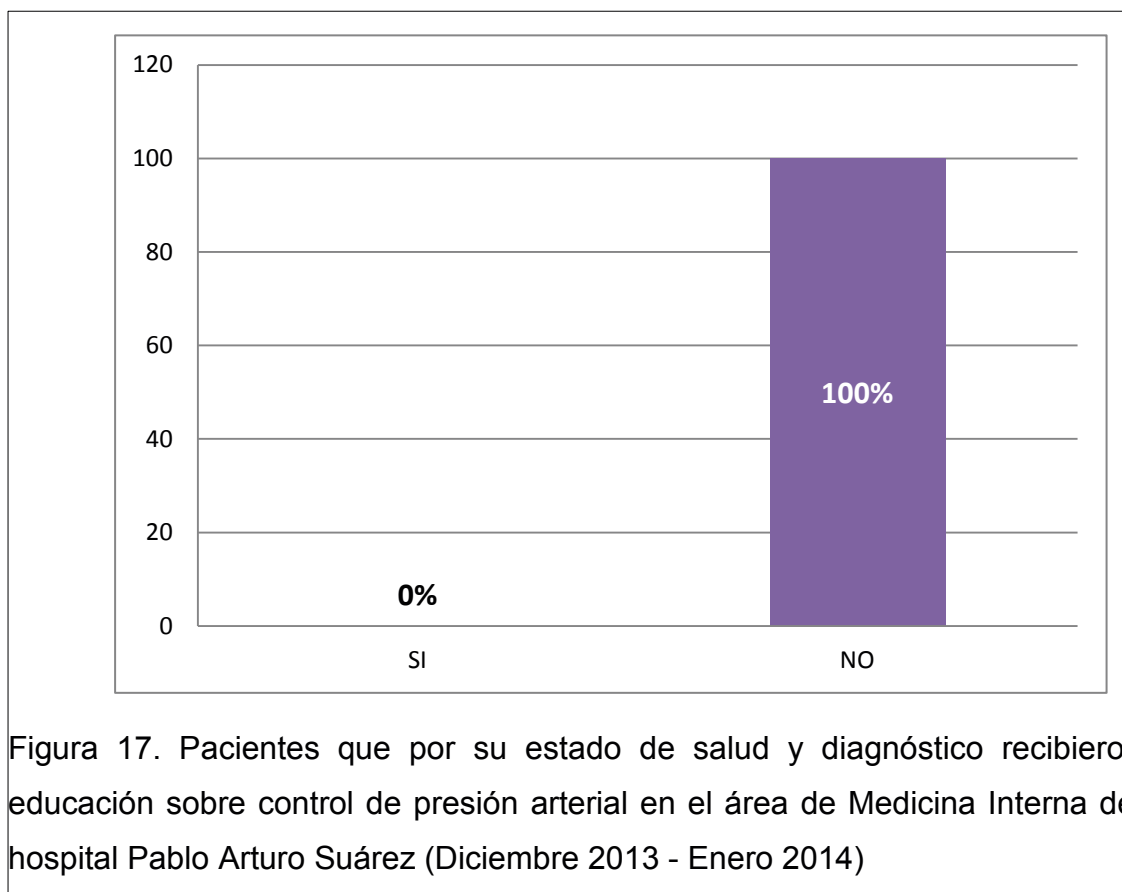


Entre los pacientes que por su estado de salud y diagnóstico necesitan control de glucosa, se observó que el 44% de los pacientes si la recibieron versus el 56% que no la recibieron, siendo éste uno de los cuidados más importantes y de énfasis para la recuperación.

Tabla 19. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre control de presión arterial

RESPUESTA	#	%
SI	0	0
NO	12	100
TOTAL	12	100

No se incluyó los pacientes que no ameritaban éste tipo de educación para tener una mayor noción de la realidad.



Con éste gráfico se observa que no recibieron educación sobre la importancia del control y toma de presión arterial (PA) el 100% de los pacientes que si requerían éste tipo de orientación.

Tabla 20. Porcentaje de pacientes que recibieron educación sobre curación de heridas

RESPUESTA	#	%
SI	0	0
NO	3	100
NO APLICA	3	100

No se incluyó los pacientes que no ameritaban éste tipo de educación, para tener una mayor noción de la realidad.

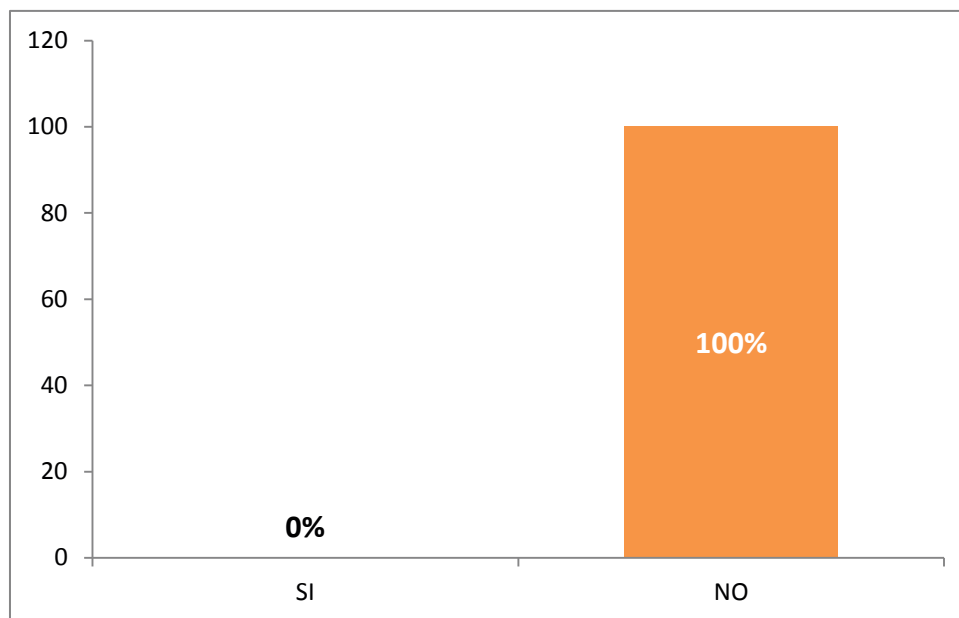


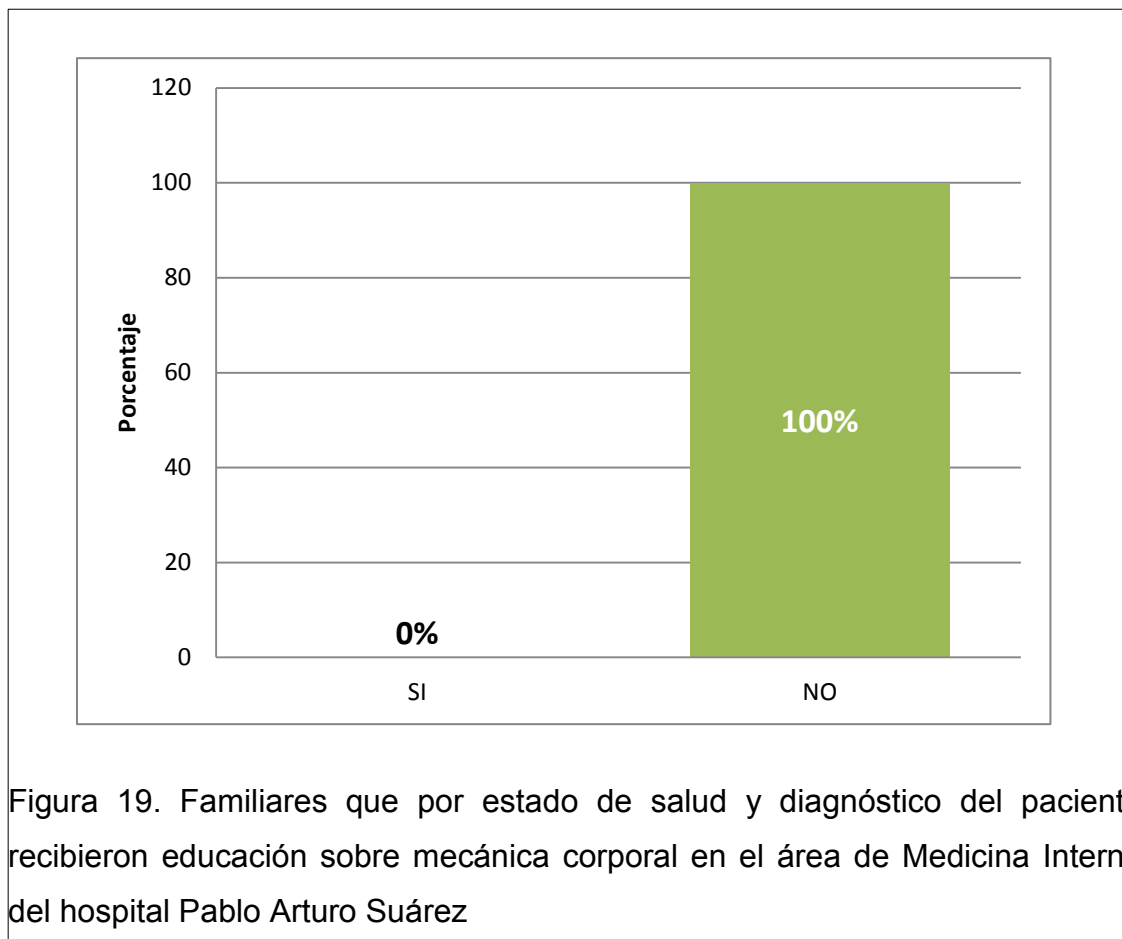
Figura 18. Pacientes que por su estado de salud y diagnóstico recibieron educación sobre cuidados de heridas en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

En éste gráfico se observa que no recibieron educación sobre cuidado de heridas el 100% de los pacientes que si requerían éste tipo de orientación.

Tabla 21. Porcentaje de familiares que recibieron educación sobre mecánica corporal

RESPUESTA	#	%
SI	0	0
NO	4	100
TOTAL	4	100

No se incluyó los familiares que no ameritaban éste tipo de educación, para tener una mayor noción de la realidad.



En éste gráfico se observa que no recibieron educación sobre mecánica corporal, el 100% de los familiares que si requerían éste tipo de orientación, se pudo observar que los pacientes dependientes son cuidados por mujeres (hijas) y que ellas no tenían noción de los riesgos y peligros que conllevan el mal uso de la mecánica corporal (subir a una persona en la cama, movilizarla a un sillón de la cama y realizar cambios posturales).

“Todo movimiento que se realice con una persona, es mejor hacerlo con dos cuidadores, ya sean cuidadores o familiares, ya que reduce los riesgos y el esfuerzo”. (Fernández de Tuero, 2010, p. 128)

Tabla 22. Porcentaje de pacientes que cumplieron con las indicaciones recibidas en la última atención médica

RESPUESTA	#	%
SI	11	61
NO	7	39
TOTAL	18	100



Figura 20. Pacientes que cumplieron con las indicaciones recibidas en la última atención médica en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Se aprecia con éste gráfico que el 39% de los pacientes encuestados afirmaron que no hubo un cumplimiento de las indicaciones médicas en la última atención médica.

Tabla 23. Causas por las que los pacientes no cumplieron con las indicaciones médicas

RESPUESTA	#	%
MOTIVO 1 - PROBLEMAS EN LA MEDICACIÓN	0	0
MOTIVO 2 - NO ENTENDIMIENTO DE INDICACIONES RECIBIDAS	6	86
MOTIVO 3 – OTROS	1	14
TOTAL	7	100

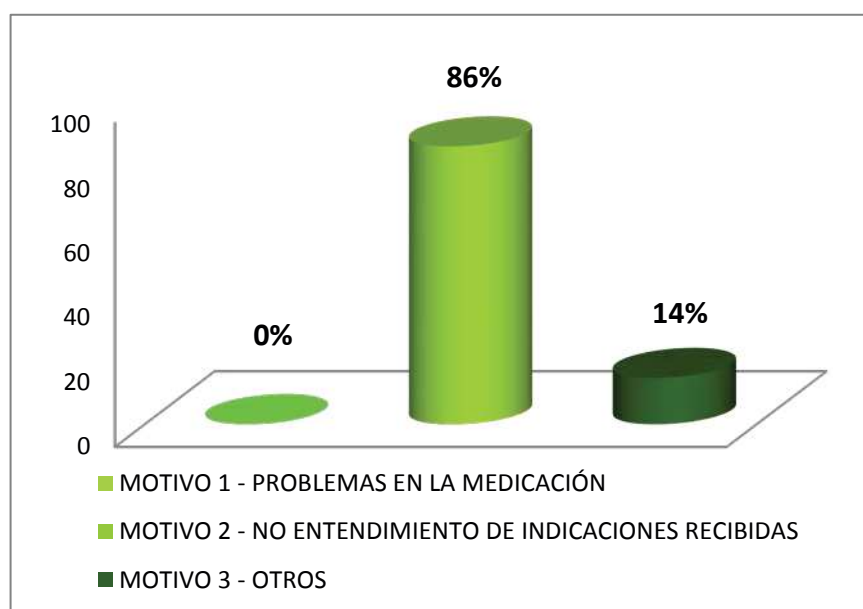


Figura 21. Causas por las cuales los pacientes no cumplieron con las últimas indicaciones médicas en el área de Medicina interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

En este gráfico se observa que el 86% de los pacientes que no tuvieron cumplimiento con las indicaciones médicas en la última atención médica, afirmaron que la causa fue por no haber entendido las indicaciones médicas recibidas.

El Motivo 3 “Otros” fue de un paciente que afirmó el no cumplimiento por falta de recursos económicos.

Tabla 24. Porcentaje de pacientes que han tenido reingresos hospitalarios

RESPUESTA	#	%
SI	6	33
NO	12	67
TOTAL	18	100

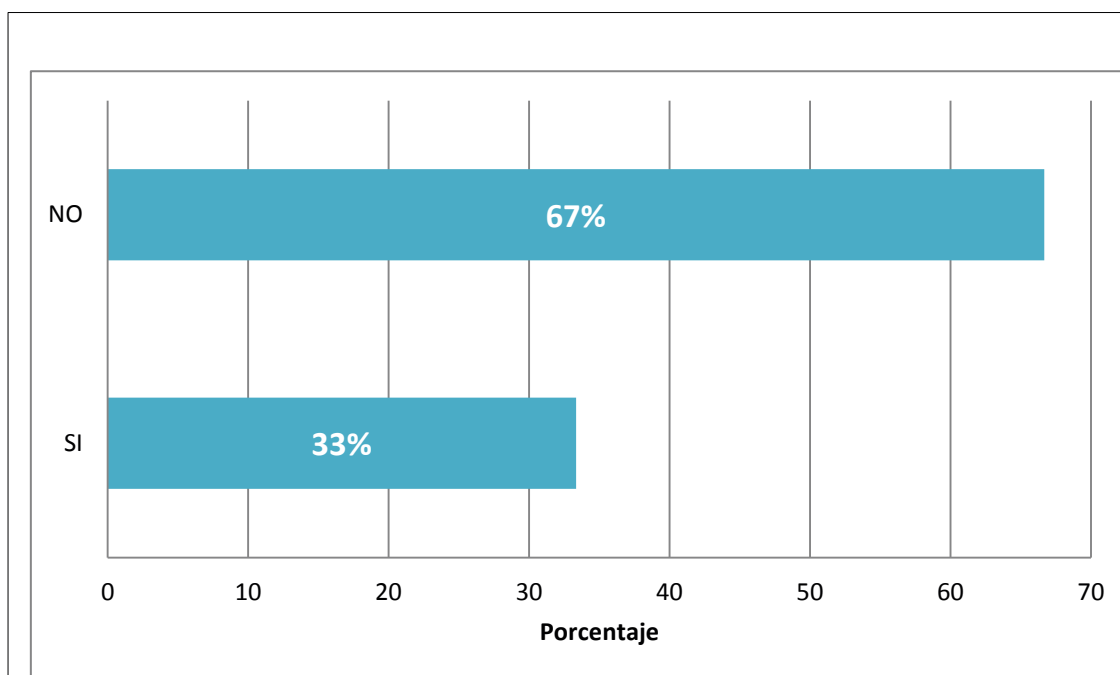


Figura 22. Pacientes que han tenido reingresos hospitalarios en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

Mediante éste gráfico se observa que el 33% afirmaron que han tenido reingresos hospitalarios.

Tabla 25. Causas de los reingresos hospitalarios

RESPUESTA	#	%
MOTIVO 1 - NO CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES RECIBIDAS	1	17
MOTIVO 2 - COMPLICACIONES POR ESTADO DE SALUD	3	50
MOTIVO 3 – OTROS	2	33
TOTAL	6	100

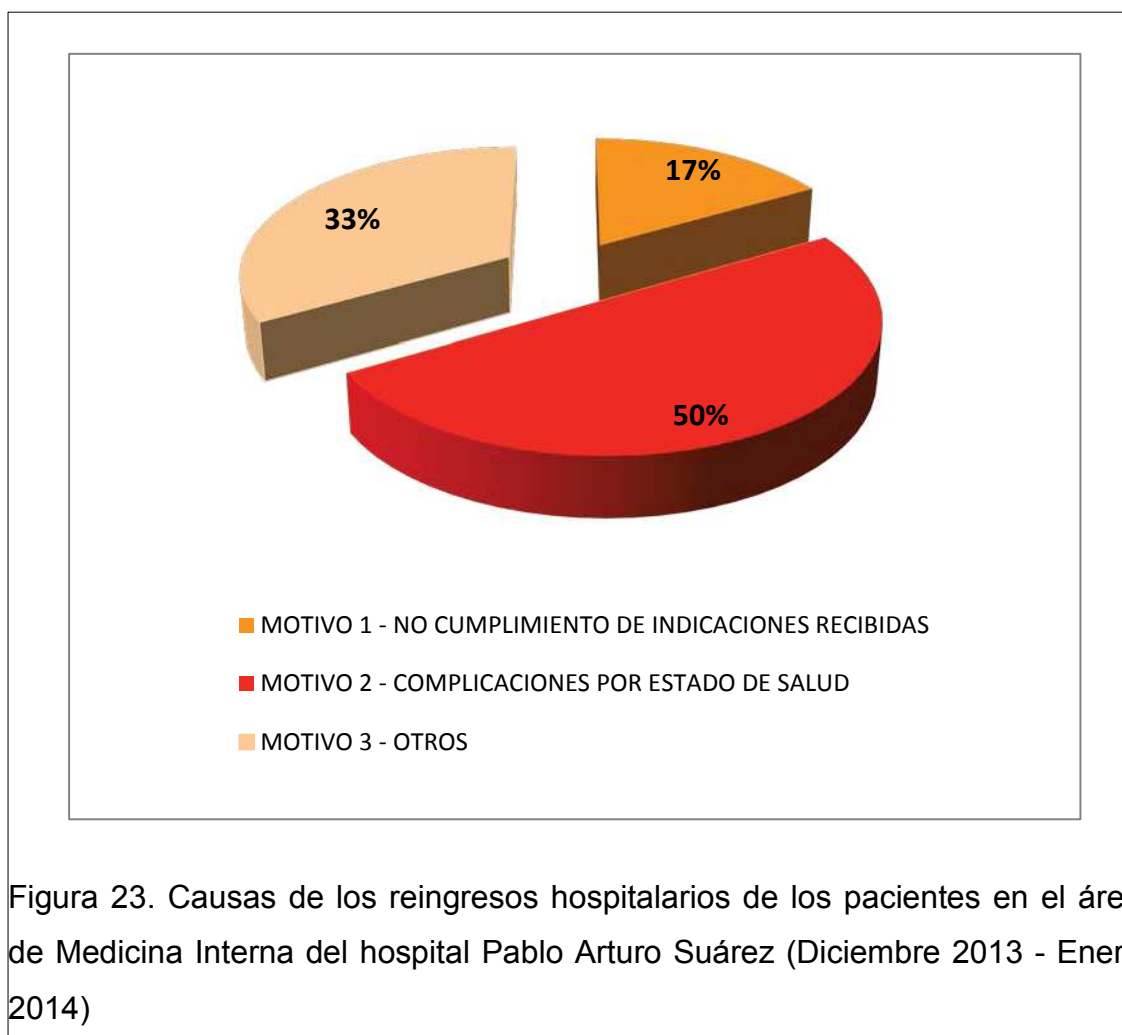


Figura 23. Causas de los reingresos hospitalarios de los pacientes en el área de Medicina Interna del hospital Pablo Arturo Suárez (Diciembre 2013 - Enero 2014)

En este gráfico se observa que el 17% de los pacientes que han tenido reingresos hospitalarios, afirmaron que la causa fue por no haber cumplido con las indicaciones médicas recibidas.

El Motivo 3 “Otros” pertenece a dos pacientes que han tenido reingresos hospitalarios por ser necesario recibir procedimientos médicos.

3.11. Conclusiones y recomendaciones

Al finalizar este estudio se concluye que el proceso de educar al paciente y a la familia no es una actividad que se dé importancia, que los médicos educan a los pacientes pero por factores ajenos no conocen si verdaderamente el receptor ha entendido y comprendido las indicaciones emitidas.

Los pacientes no conocen los cuidados que deben llevar a cabo en sus hogares, mientras que la familia no sabe la importancia de realizarlos.

Los encuestados afirmaron que la causa principal de no haber cumplido con las indicaciones de la última atención médica es de no haber comprendido lo que el médico les emitió, ni la importancia de estas instrucciones; así también aseveraron que la razón primaria de haber tenido reingresos hospitalarios anteriores es el no haber cumplido con lo que el médico les había indicado.

Por lo tanto, las recomendaciones para el equipo médico de todas las casas de salud es que se dé importancia a este proceso educativo, ya que así se evitarían posibles complicaciones en el estado de salud de los pacientes y se remediarían reingresos hospitalarios innecesarios.

No se debe dar a los pacientes la misma educación, porque las necesidades y la situación socio-económica son distintas, por tanto, al momento del INGRESO de la persona enferma se debe hacer una entrevista amplia en el que se incluya un estudio de todas las necesidades, necesidades aprendidas con el

modelo de Virginia Henderson, y así se conocerá la realidad que viven los afectados.

En el apartado de Anexos se puede encontrar dos formularios de enfermería que son una propuesta por los resultados que se hallaron en las encuestas; el primero “Hoja entrevista paciente”, en el que se incluye campos para poder analizar las distintas necesidades del paciente y la familia, y el segundo “Hoja plan de egreso” en el que se puede detallar los cuidados que deberá tener el paciente en su hogar.

Además se tiene la importancia de que haya una enfermera educadora (en lo posible para cada área) que haga explícitamente y detalladamente la tarea de enseñar, para garantizar el proceso educativo hospitalario a los pacientes, familiares y/o cuidadores.

Bibliografía

- (13 de Noviembre de 2009). Recuperado el 5 de Junio de 2014, de sitio web de Blogspot:
http://enfermeritasumayor.blogspot.com/2009_11_01_archive.html
- Alfaro , J., Simal , A., & Botella , F. (10 de Mayo de 2001). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/mellitus.pdf>
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). (2011). *Los cuidados de urgencias y el transporte de los enfermos y heridos*. México, D.F.: Intersistemas, S.A.
- (1999). Úlceras por presión. En J. Arias, M. Á. Aller, J. I. Arias, & L. Lorente, *Fisiopatología quirúrgica* (págs. 210 - 211). Madrid: Tebar.
- Armario García, P. (20 de Junio de 2011). *Protocolo de Hipertensión Arterial*. Obtenido de Protocolo de Hipertensión Arterial:
<http://www.fesemi.org/documentos/1335540376/publicaciones/protocolos/protocolo-hipertension-arterial.pdf>
- (2012, p. 116). En L. Barbero Miguel, *Higiene y atención sanitaria domiciliaria. Observación funcional y asistencia sanitaria para el usuario de ayuda a domicilio* (pág. 433). Vigo: Ideas Propias.
- (2012, p. 433). En L. Barbero Miguel, *Higiene y atención sanitaria domiiliaria. Observación funcional y asistencial sanitaria para el usuario de ayuda a domicilio* (pág. 433). Vigo: Ideas Propias.
- (2012, p.433). En L. Barbero Miguel, *Higiene y atención sanitaria domiciliaria. Observación funcional y asistencia sanitaria para el usuario de ayuda a domicilio* (pág. 433). Vigo: IdeasPropias.
- Blogspot, s.f.* (s.f.). Recuperado el 07 de Junio de 2014, de Nanda Nurse Diary:
<http://nanda-nurse-diary.blogspot.com/2012/11/history-of-self-care-deficit-theory.html>
- Brito, R. (24 de Mayo de 2012). Recuperado el 5 de Junio de 2014, de sitio web de Blogspot:

<http://eldiagnosticoenfermero.blogspot.com/2012/05/virginia-henderson.html>

(2004, p. 29). En N. Burns, & S. K. Grove, *Investigación en enfermería* (Tercera ed., pág. 29). Madrid: Elsevier.

Catells Bescós, E., Boscá Crespo, A. R., García Arias, C., & Sánchez Chaparro, M. Á. (12 de Mayo de 2010). *Medynet*. Obtenido de Medynet:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

(2004, p. 136). En CHGUV, *Diplomados en enfermería / ATS* (pág. 136). Sevilla: MAD.

(2004, p. 138). En CHGUV, *Diplomados en enfermería / ATS* (pág. 138). Sevilla: Mad.

(2010, p. 126). En A. Fernández de tuero, *Cuidado de las personas dependientes* (pág. 126). Andalucía: IC.

(2010, p. 128). En A. Fernández de Tuero, *Cuidado de las personas dependientes* (pág. 128). Andalucía : IC.

(2010, p. 49). En A. Fernández de Tuero, *Cuidado de las personas dependientes* (pág. 49). Andalucía: IC.

(2010, p. 8). En A. Fernández de Tuero, *Cuidado de las personas dependientes* (pág. 8). Andalucía: IC.

Fundaciones Públicas Sanitarias de Galicia. (2003, 180). *ATS/DUE*. Sevilla: Mad.

García González, M. d. (2002, p. 12). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México D.F.: Progreso.

García González, M. d. (2002, p. 13). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México D.F.: Progreso.

García González, M. d. (2002, p. 14). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México D.F.: Progreso.

García González, M. d. (2002, p.15). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México D.F.: Progreso.

- García González, M. d. (2012, p. 13). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México D.F.: Progreso.
- Gómez Ayala, A.-E. (2006). *Ancianos y medicamentos*. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): MAD, S.L.
- Henderson, V. A. (1991, pp. 22-23). *The nature of nursing: Reflections*. New York: National League for Nursing Press.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Interamericana.
- J., B. A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid-España: Pearson .
- Mager, D. (2007). Medication errors and the home care patient.
- Martínez García, L. (8 de Febrero de 2011). *Centro Cochrane Iberoamericano*. Recuperado el 8 de Junio de 2014, de Tipos de diseños de investigación:
http://www.cochrane.es/files/TipoDisenInvestigacion_0.pdf
- Martínez, E. (23 de Junio de 2009). *Galeon*. Recuperado el 4 de Junio de 2014, de sitio web de Galeon: <http://www.ambitoenfermeria.galeon.com>
- Médica, A. (20 de Enero de 2014). *Hospital General de México* . Obtenido de Hospital General de México:
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_diabetes.pdf
- OPS. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington.
- Pereda Acosta, M. (2011, p. 164). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica*, 10(3), 164.
- Pfetscher, S. (2011, p. 78). Florence Nightingale: La enfermería moderna. En M. R. Alligood, & A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería* (pág. 78). Barcelona: Elsevier Mosby.
- S., W. L., & Hopper , P. (2007). *Enfermería Medicoquirurgica Tercera Edición* . México : McGraw Hill.
- Servicio Gallego de Salud. (2006, p. 66). *ATS / DUE*. Sevilla: Mad.
- Smeltzer , S., Bare , B., Hinkle, J., & Cheever , K. (2013). *Enfermería médico-quirúrgica 12.a edición* . España: Wolters Kluwer .

- Swearingen, P. (2008). *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Sexta Edición*. España: Elsevier Mosby.
- Terapéutica, N. (28 de Noviembre de 2009). *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* . Obtenido de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social <http://www.mspbs.gov.py/rs-12/wp-content/uploads/2013/12/diabetes1.pdf>
- (2004, p.136). En C. H. Valencia, *Diplomados en enfermería / ATS* (Vol. 2, pág. 136). Sevilla: MAD.
- Valladolid, U. d. (1 de Junio de 2011). *Guia docente*. Obtenido de Guia docente:
www5.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46181/1/Documento15.pdf
- Young, P., Hortis de Smith, V., Chambi, M. C., & Finn, B. C. (Junio de 2011, p. 808). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Médica Chile*, 139(6), 808.

ANEXOS

4.1. Solicitud de petición para realización de trabajo de titulación en HPAS



Quito, 29 de Noviembre, 2013

Señor Ingeniero
Marco Casco
Gerente
HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
Ciudad

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de las Américas.

Mucho agradeceré a usted se sirva autorizar para que la Srta. Sara Gutiérrez, cédula de ciudadanía N° 0916098916, matrícula N° 109880, alumna de la Escuela de Enfermería quien se encuentra realizando su tesis de grado con el tema "Cumplimiento del Protocolo de Egreso del Paciente en el Servicio de Medicina Interna de hombres y mujeres del Hospital Pablo Arturo Suárez", pueda aplicar la encuesta diseñada para el trabajo de titulación mencionado a los pacientes hombres y mujeres del Servicio de Medicina Interna del Hospital de su dirección.

Agradezco de antemano por su valioso aporte a la educación universitaria.

Atentamente,

José Antonio Martinod
DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ACADÉMICA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

cc: Lcda. Sandra Aguilera - Jefe de docencia Hospital Pablo Arturo Suárez

HOSPITAL "P.A.S."
Coordinación de Docencia e Investigación
ENTREGA-RECEPCION DOCUMENTOS
Recibido: *MC*
Entregué: _____
Fecha: 29/11/13 Hora: 10:10

4.2. Solicitud prórroga tres meses para trabajo titulación

Quito, 17 de marzo del 2014

Ingeniero José Martinod
Director Secretaría Académica UDLA
Presente.-

Deseándole éxito en todas sus funciones laborales, por medio de la presente yo Sara Gutiérrez Suarez CC 091609891-6, estudiante del octavo nivel de la Escuela de Enfermería, solicito que se me ayude otorgando prórroga de tres meses para poder culminar mi trabajo de titulación.

La fecha límite de entrega de mi tesis en secretaría académica es hasta el día de hoy, pero no he podido realizar la petición de prórroga por no completar el mínimo de horas tutorías, mi directora de tesis Cecilia Freire CC 1703631109 y yo, hemos firmado un total de cinco horas por creer que no era necesario ya que ella pasó a trabajar como docente por horas a docente a tiempo completo en esta institución .

Mi tesis ya está por culminar , encontrándome en el procesamiento de datos hallados, realizados por medio de encuestas en el Hospital Pablo Arturo Suárez.

Gracias de antemano por su atención y por la ayuda pertinente a esta petición.



Sara Gutiérrez Suárez

C.I. 091609891-6

Mat: 109880

c.c. Pamela Espinoza

udla UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS
17 MAR 2014
Miguel Santi
ASISTENTE DE TITULACIÓN



4.3. Formato encuestas

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DIRIGIDA

OBJETIVO: Obtener datos para la demostración del cumplimiento del Plan de Egreso en el área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez; las encuestas serán aplicadas a los pacientes de ese servicio.

Encuestador: _____ Encuesta N°

Fecha: _____

1. Edad: < - 29
30 - 39
40 - 49
50 - 59
60 - 69
69 - >

2. Sexo: Femenino
Masculino

3. Diagnóstico:



4. Días Estadía: 1 – 5
6 – 10
11 – 15
16 – 20
21 – 25
26 – 30
31 - >

5. Condición para responder a la encuesta: Puede
No puede

Si el paciente no tiene la capacidad para responder la encuesta, lo hará el familiar o la persona que lo cuida.

Si es familiar, indicar el parentesco: _____

6. ¿Antes de salir con el alta, quién le indicó sobre los cuidados que debe realizar en su hogar?

7. Edad: < – 29
30 – 39
40 – 49
50 – 59
60 – 69
69 - >

8. Sexo: Femenino
Masculino

9. Diagnóstico:

10. Edad: < - 29
30 - 39
40 - 49
50 - 59
60 - 69
69 - >

11. Sexo: Femenino
Masculino

12. Diagnóstico:

13. Días Estadía: 1 - 5
6 - 10
11 - 15
16 - 20
21 - 25
26 - 30
32 - >

14. Condición para responder a la encuesta: Puede
No puede

Si el paciente no tiene la capacidad para responder la encuesta, lo hará el familiar o la persona que lo cuida.

Si es familiar, indicar el parentesco: _____

15. ¿Antes de salir con el alta, quién le indicó sobre los cuidados que debe realizar en su hogar?

PACIENTE	
Enfermera	
Médico	
Otro	
No recibe	

FAMILIAR / CUIDADOR	
Enfermera	
Médico	
Otro	
No recibe	

17. ¿Usted cumplió con todas las indicaciones médicas desde la última atención en el hospital, centros o sub-centros de salud?

PACIENTE	
SI	
NO	

FAMILIAR / CUIDADOR	
SI	
NO	

18. Si no cumplió, ¿cuáles fueron las razones?

Por problemas en la medicación	
Porque no entendió las indicaciones recibidas	
Otros	

Especificar "Otros": _____

19. ¿Usted ha tenido reingresos hospitalarios?

PACIENTE	
SI	
NO	

FAMILIAR / CUIDADOR	
SI	
NO	

20. Si respondió que SI, ¿cuáles fueron las razones?

No cumplió con las indicaciones recibidas	
Complicaciones por el estado de salud	
Otros	

Especificar "Otros": _____

GRACIAS!!

4.4. Propuesta de formulario para revisión de necesidades del paciente

HOJA ENTREVISTA PACIENTE

SERVICIO.....

FECHA.....

HORA.....

NOMBRE.....

#HCLI.....

DIAGNOSTICO.....

.....

NECESIDADES

OXIGENACIÓN

autónomo..... dependiente.....

Cuidados.....

.....

.....

.....

ALIMENTACION

autónomo..... dependiente.....

Tipo..... de

dieta.....

ELIMINACIÓN

Urinaria espontánea..... Sonda.....

Intestinal baño..... pañal.....

Ostomía.....

Cuidados.....

.....

.....

.....

MOVILIZACIÓN Normal..... Limitada.....

Cuidados.....
.....
.....
.....

DESCANSO

Cuidados.....
.....
.....
.....

VESTIMENTA

Cuidados.....
.....
.....
.....

TEMPERATURA

Cuidados.....
.....
.....
.....

HIGIENE PERSONAL

autónoma..... dependiente.....

Cuidados.....
.....
.....
.....

SEGURIDAD

Cuidados.....
.....
.....
.....

COMUNICACIÓN

espontanea..... limitada.....

Cuidados.....
.....
.....
.....

CREENCIAS / VALORES

Cuidados.....
.....
.....
.....

REALIZACION

Cuidados.....
.....
.....
.....

EDUCACIÓN / APRENDIZAJE

Cuidados.....
.....
.....
.....

FIRMA ENFERMERA.....

4.5. Propuesta de formulario para educación al paciente en el egreso

PLAN DE EGRESO

NOMBRE.....

.....

FECHA.....

HORA.....

DIAGNOSTICO..... DE

EGRESO.....

MEDICAMENTOS/HORARIO.....

.....

.....

.....

.....

ACTIVIDAD.....

.....

.....

DESCANSO.....

.....

.....

PROTESIS/SONDAS.....

.....

.....

ESTOMAS/HERIDAS.....

.....

.....

ALIMENTACIÓN.....

.....

.....

HIGIENE.....
.....
.....

CONTROL

MEDICO.....

SIGNOS VITALES

T/A	P	R	T	SO2
-----	---	---	---	-----

FIRMA PACIENTE/CUIDADOR.....

FIRMA ENFERMERA.....

NOTA: Llenar con letra clara y legible